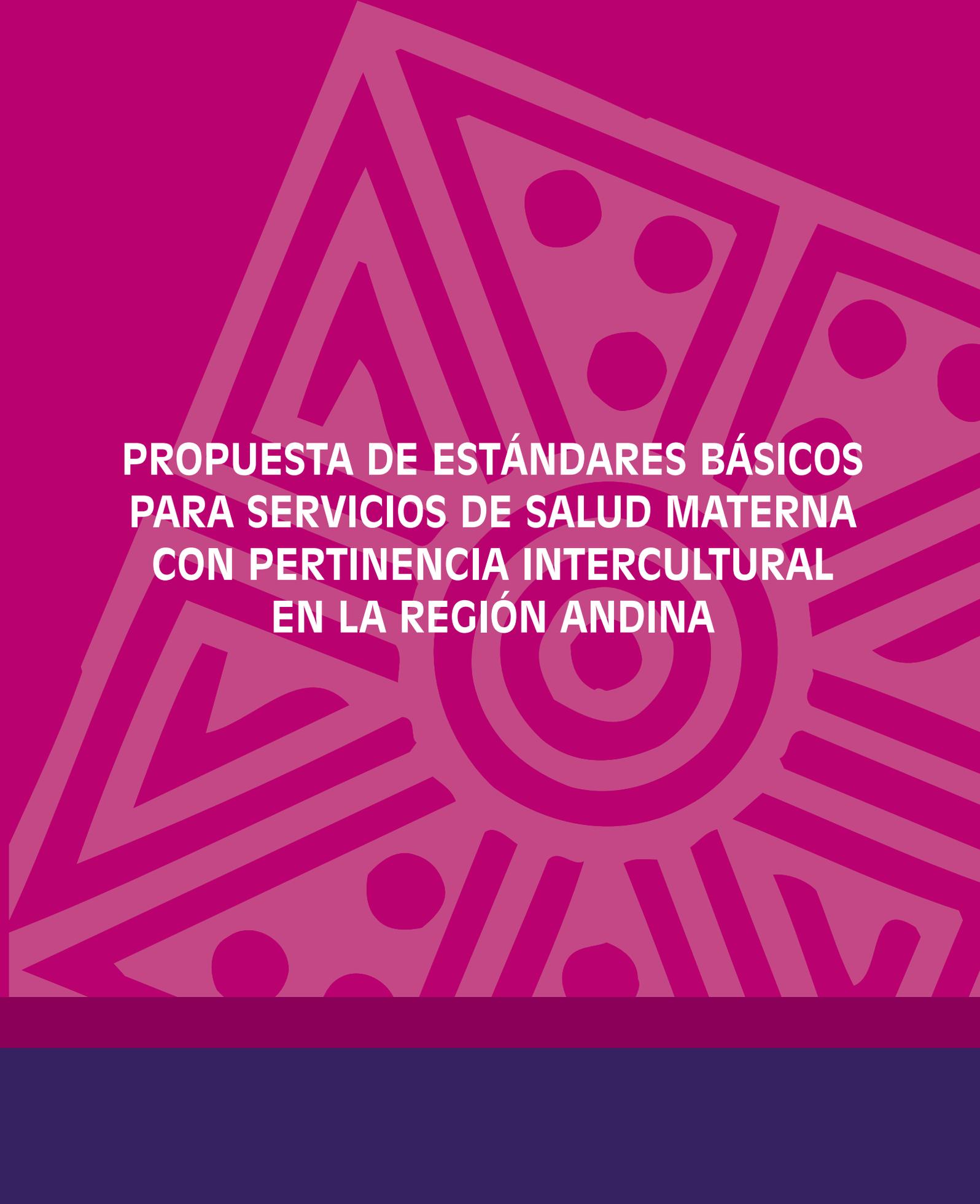


# PROPUESTA DE ESTÁNDARES BÁSICOS PARA SERVICIOS DE SALUD MATERNA CON PERTINENCIA INTERCULTURAL EN LA REGIÓN ANDINA



**PROPUESTA DE ESTÁNDARES BÁSICOS  
PARA SERVICIOS DE SALUD MATERNA  
CON PERTINENCIA INTERCULTURAL  
EN LA REGIÓN ANDINA**

# PROPUESTA DE ESTÁNDARES BÁSICOS PARA SERVICIOS DE SALUD MATERNA CON PERTINENCIA INTERCULTURAL EN LA REGIÓN ANDINA

Mujer indígena: salud y derechos, 2011

**Autor:** Dr. Neptali Cueva

**Edición:** Cristina Puig Borràs y Ariadna Capasso, FCI

**Fotografía:** Joey O'loughlin

**ISBN:** 978-0-9827601-7-8

**Diseño:** graphus® (593-2)290 2760 • creative@graphusecuador.com

1ª edición electrónica

Noviembre de 2011

El presente documento es producto de un esfuerzo regional conjunto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); los ministerios de salud de Bolivia, Ecuador y Perú; Enlace Continental de Mujeres Indígenas-Región Sudamérica; y Family Care International (FCI) que se realiza en el marco de la iniciativa *Mujer Indígena: Salud y Derechos* del Fondo de Cooperación para América Latina y el Caribe, UNFPA/AECID.

Las opiniones expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de las Naciones Unidas, sus Estados miembros, del UNFPA, y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Tampoco las de las instituciones e individuos que han participado en su elaboración, siendo responsabilidad única de los autores de la misma.

Las denominaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, sus Estados miembros, y del UNFPA sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

Esta publicación ha sido posible gracias al generoso apoyo del UNFPA y de la AECID.

Se permite la reproducción total o parcial de la información aquí publicada para fines no comerciales, siempre que no sea alterada y se asignen los créditos correspondientes.

**Para mayor información dirigirse a:** [lac@fcimail.org](mailto:lac@fcimail.org)



# Contenido

■ Agradecimientos .....	5
■ Introducción.....	9
■ Contexto .....	12
■ Antecedentes.....	16
■ Base legal .....	20
■ Objetivos .....	22
■ Ámbito de aplicación .....	23
■ Consideraciones previas .....	24
■ Desencuentros o brechas interculturales .....	29
■ Definiciones.....	37
– Estándar.....	37
– Indicador.....	39
– Calidad de los servicios de salud .....	41
– La pertenencia intercultural en salud .....	43
– Pueblos indígenas, pueblos originarios y campesinos .....	46

■ <b>Propuesta de estándares e indicadores</b> .....	47
– Relación de estándares .....	49
– Encuesta de satisfacción de la usuaria .....	50
– La lista de cotejos.....	52
– Indicadores .....	54
■ <b>Propuesta de criterios para valorar la pertenencia intercultural en los servicios de salud materna</b> .....	82
– La encuesta de satisfacción de la puérpera por la atención recibida .....	83
– Reconocimientos y estímulos.....	84
■ <b>Anexos</b> .....	85
– Anexo 1 - Lista de cotejos de servicios de salud materna con pertinencia intercultural .....	85
– Anexo 2 - Formato de encuesta de satisfacción de usuaria o familia con el servicio de salud materna .....	90
– Anexo 3 - Encuesta de satisfacción de la usuaria por la atención de parto .....	96
– Anexo 4 - Indicadores .....	98
– Anexo 5 - Algunas experiencias de acercamiento intercultural .....	102

# AGRADECIMIENTOS

---

Diversas personas e instituciones de Bolivia, Ecuador y Perú han contribuido a la construcción de esta propuesta de estándares. Su elaboración no hubiera sido posible sin los aportes de las instituciones que se mencionan a continuación, y sin los esfuerzos y avances desarrollados desde los ministerios de salud de Bolivia, Ecuador y Perú para fortalecer la pertinencia intercultural de sus servicios de salud materna. También cabe destacar las contribuciones de las organizaciones de pueblos indígenas y originarios, que han permitido orientar el trabajo del autor.

## **Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU):**

- Comisión Andina de Salud Intercultural.

## **Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia:**

- Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.
- Unidad de Servicios de Salud y Calidad.
- Dirección de Promoción de la Salud.
- Dirección de Medicina Tradicional.

## **Ministerio de Salud Pública del Ecuador:**

- Dirección de Salud Intercultural.
- Dirección de Normatización.

## **Instituto Nacional de Salud del Perú:**

- Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI).

## **Dirección Regional de Salud (DIRESA) Amazonas:**

- Estrategia Sanitaria Nacional “Salud de Pueblos Indígenas”- Amazonas.

### **Organizaciones no gubernamentales:**

- Médicos del Mundo / Bolivia.
- Centro de Estudios y Cooperación Internacional (CECI) - Proyecto Aguayo, Bolivia.
- Jóvenes quechuas de Ayacucho ÑOQANCHIK, Perú.
- Secretaría de la Juventud Indígena, de la Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP), Perú.
- Federación de Mujeres Campesinas de Anta / Cusco (FEMCA), Perú.
- Programa Mujer Indígena, del Centro de Culturas Indígenas del Perú (CHIRAPAQ), Perú.
- Organismo Regional AIDSESP Ucayali (ORAU), Perú.
- Salud Sin Límites / Ayacucho, Perú.



## INTRODUCCIÓN

Las altas tasas de mortalidad materna en los diversos países de las Américas constituyen un gran problema de salud pública que debe ser abordado de manera integral en todas sus causas.

En lo que corresponde al sector salud, el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) compromete a los Estados a implementar acciones para la reducción de la mortalidad materna. En los últimos años, diversos países, entre ellos Bolivia, Ecuador y Perú, han identificado la necesidad de abordar la diversidad cultural en la interacción de la oferta y la demanda del servicio de salud como un componente fundamental para revertir esta situación, y vienen desarrollando intervenciones con enfoque intercultural en los servicios de salud materna.

El 23 y 24 de septiembre de 2010 se realizó en Quito la reunión técnica *Transversalización del Enfoque Intercultural en las Normas de Salud Materna*, convocada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Family Care International (FCI). El evento se enmarcó dentro del proyecto regional “Construcción de base de conocimientos y análisis de modelos de adecuación cultural de los servicios nacionales y regional andino con enfoque en necesidades y prioridades de las mujeres indígenas”, implementado con el apoyo técnico y

financiero de UNFPA y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en el marco de la iniciativa *Mujer Indígena: Salud y Derechos*. Participaron 58 personas: representantes de los ministerios de salud de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras y Panamá; expertos en salud intercultural de Perú; representantes de Enlace Continental de Mujeres Indígenas de Bolivia, Ecuador y Perú; equipos de las Direcciones Provinciales de Salud a cargo de la implementación de normas y de salud intercultural de ocho provincias de Ecuador; los equipos técnicos de FCI y de las oficinas del UNFPA en Ecuador, Bolivia, Guatemala y Honduras. El propósito fue: a) analizar el impacto del desarrollo normativo llevado a cabo hasta la fecha para abordar las brechas culturales en los servicios de salud materna; b) hacer una valoración de las iniciativas de adecuación cultural de servicios de salud materna desde la visión de las mujeres indígenas; y c) generar conocimiento y recomendaciones sobre cómo mejorar la pertinencia cultural de los servicios de salud materna, desde la acción normativa.

Uno de los acuerdos a los que se llegó fue la creación de una Comisión de Trabajo Regional para:

- a) Desarrollar participativamente una propuesta de indicadores y estándares mínimos básicos para el monitoreo de los servicios de salud materna con enfoque intercultural.
- b) Generar recomendaciones sobre mecanismos regionales para el seguimiento y monitoreo del uso de estos indicadores y el cumplimiento de los estándares mínimos.
- c) Compartir las recomendaciones generadas en esta reunión técnica con el Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), su Comisión de Salud Intercultural y otras comisiones relevantes, para consideración de la Reunión de Ministros y Ministras de Salud del Área Andina (REMSAA).

En otros espacios se ha concluido también en la necesidad de contar con estándares e indicadores que permitan evaluar el avance de estas intervenciones, proponiendo algunas pautas preliminares<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Paz, M. Normas de Salud Materna con Enfoque Intercultural en la Región Andina: Documento de trabajo. UNFPA, FCI, Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador y Perú, Enlace Continental de Mujeres Indígenas. 2011, pp 27.

El presente documento es una propuesta que quiere contribuir a una aproximación a la pertinencia intercultural en los servicios de salud materna en la región andina, enfatizando su correspondencia con la calidad técnica y humana de la atención en el marco de los derechos. Para ello propone instrumentos, indicadores y estándares que permitan evaluar el avance de la implementación de servicios de salud materna en el marco de la interculturalidad. Este documento incorpora los aportes de equipos técnicos de salud de Bolivia, Ecuador y Perú, así como de representantes de organizaciones indígenas, parteras y personas con saberes ancestrales de dichos países, en un proceso participativo de construcción de estándares que pueda ser de utilidad y aplicabilidad a nivel regional y nacional.

# CONTEXTO

La diversidad cultural es una de las actuales características de la gran mayoría de países del mundo, y en los países de América Latina la población indígena forma parte de esta diversidad, alcanzado cerca del 10% de su composición poblacional. En Bolivia, Ecuador y Perú la proporción de población indígena constituye aproximadamente el 60%, 7% y 14%<sup>2</sup> respectivamente, existiendo además población afrodescendiente y asiáticodescendiente, entre otros.

Además de esta diversidad cultural, los países de la región andina tienen en común problemas de salud pública que afrontar. Las altas tasas de



2 UNICEF Atlas sociolingüístico de pueblos indígenas en América Latina, Tomo 2, 2009.

mortalidad materna (TMM) en diversos países en desarrollo han posicionado la salud materna como una prioridad en la agenda de los Estados. Las TMM de Bolivia (229)<sup>3</sup>, Ecuador (70)<sup>4</sup> y Perú (103)<sup>5</sup> por 100.000 nacidos vivos, movilizan los esfuerzos del sector salud de cada país a encontrar intervenciones exitosas para revertir esta situación en un contexto de diversidad cultural, en que las muertes maternas son expresión de la inequidad, discriminación y exclusión social en que viven muchas poblaciones.

Otros indicadores, como la disponibilidad de profesionales de salud, el porcentaje de partos institucionales, el acceso a servicios debidamente implementados, la inaccesibilidad geográfica y, sobre todo, los desencuentros entre la cultura de los proveedores y de las comunidades que atienden, son señalados como parte del escenario y están relacionados con las TMM mencionadas.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5, mejorar la salud materna, establece la meta de disminuir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, un reto para los Estados. La mortalidad materna es un problema que trasciende lo asistencial e involucra lo geográfico, social, económico y cultural, y debe ser abordado de manera integral en lo individual, familiar, comunitario e institucional.

En toda propuesta intercultural, los recursos humanos son el elemento fundamental para su implementación. Las 20 metas del Llamado a la Acción de Toronto<sup>6</sup> son aplicables a todo ámbito y población, si bien ocho de ellas están más directamente relacionadas con los pueblos indígenas.

Documentos internacionales como el Convenio 169 de la Organización del Trabajo (Arts. 24 y 25) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (Arts. 23 y 24) resaltan el derecho a la

---

3 Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Plan Estratégico Nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal 2009-2015. La Paz, 2010.

4 MSP e INEC 2007. Indicadores básicos de salud. Sistema Común de Información, Ecuador, 2007, mencionado en Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal del MSP Ecuador.

5 INEI ENDES continua Lima, 2009.

6 OPS. *Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas*. Ver <http://www.observarh.org/fulltext/torontocaltoaction.pdf>, accedido el 2 de noviembre de 2011.

salud de los pueblos indígenas, incluyendo su derecho a participar de la organización y control social de los servicios; también se les reconoce el derecho a la consulta previa e informada sobre toda intervención que los involucre (Art. 6 del Convenio 169), y señala que los gobiernos “promuevan la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones” (Art. 2 Convenio 169). Los Estados que ratifican el Convenio 169, como Ecuador, Perú y Bolivia, se obligan a su cumplimiento.

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CDESC) de las Naciones Unidas estableció cuatro elementos fundamentales para evaluar el derecho a la salud desde la perspectiva de la atención: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptación<sup>7</sup>.

- **Disponibilidad:** Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte. Esto implica:
  - no discriminación
  - accesibilidad física
  - accesibilidad económica (asequibilidad)
  - acceso a la información.
- **Aceptabilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- **Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en su *Relatoría sobre los Derechos de la*

---

<sup>7</sup> Observación General 14 sobre el derecho a la salud adoptada en el año 2000 por el CDESC.

*Mujer en el Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos*<sup>8</sup>, resalta la obligación de los Estados de implementar mecanismos para respetar el acceso y uso, sin discriminación de ninguna índole, a servicios de salud con calidad, enfatizando la condición especial de las mujeres indígenas.

Entre sus recomendaciones señala:

*“Asegurar que las y los profesionales de la salud informen a las mujeres sobre su salud para que éstas puedan adoptar decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción”.*

*“Fortalecer la capacidad institucional para garantizar, con un financiamiento adecuado, el acceso a las mujeres a una atención profesional, tanto durante el embarazo, parto y período después del parto, incluyendo en especial servicios obstétricos de emergencia, especialmente para los grupos de mujeres en condiciones de exclusión, respetando las necesidades específicas y preferencias culturales de las mujeres”.*

*“Garantizar que los servicios de salud materna sean proporcionados mediante una atención respetuosa a las mujeres. En el caso de las mujeres indígenas y afrodescendientes, los Estados deben adecuar los servicios de salud, tanto de prevención como de atención y tratamiento, atendiendo y respetando sus expectativas, tradiciones y creencias”.*

Cada país ha elaborado y aprobado la normatividad para abordar la salud materna en contextos de diversidad cultural, y vienen desarrollando intervenciones que, a la luz de los resultados, aún resultan insuficientes y necesitan ser reevaluadas, reorientadas o fortalecidas para acelerar la reducción de la mortalidad materna, principalmente en poblaciones de difícil acceso geográfico, social, económico y cultural.

---

<sup>8</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, OEA. *Relatoría sobre los Derechos de la Mujer en el Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos*. 2010 <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaCap4.sp.htm> Acceso 2.8.2011.

# ANTECEDENTES

En la última década, la evaluación de los servicios de salud “culturalmente adecuados” ha sido una preocupación de las instancias responsables de la salud de los países del área andina y principalmente en relación al ODM 5. Ésta se ha centrado principalmente en la oferta de servicios: la calidad técnica, logros en cobertura de partos institucionales, disminución de la mortalidad materna. Esto es, indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad. Ello, sin embargo, enfatiza la importancia del enfoque intercultural en la atención, aunque su evaluación se torna compleja aún.



Diversos países han elaborado y aprobado normas y otros documentos técnicos relacionados con la salud materna con enfoque intercultural. Los respectivos ministerios de salud, con la colaboración de FCI, UNFPA y AECID, han realizado sendos mapeos de las normas sobre salud materna aprobadas de 1994 a 2009 en Bolivia, Ecuador<sup>9</sup> y Perú para analizar cómo se incorpora el enfoque intercultural en el continuo de atención a la salud materna. En todos ellos se destaca la necesidad de contar con indicadores que permitan evaluar el desarrollo y las contribuciones del enfoque intercultural en estas intervenciones.

Algunos países también han desarrollado y sistematizado experiencias específicas, como los Servicios de Orientación y Atención Intercultural, los y las Facilitadores Interculturales Bilingües y los Diálogos Interculturales en Salud (DICS). Las tres propuestas constituyen experiencias relevantes como procesos de acercamiento intercultural y pueden ser valoradas e incorporadas, según el nivel de complejidad (Ver Anexo 5).

Han transcurrido varios años de intervención, y evaluar los servicios de salud materna con perspectiva intercultural significa evaluar no sólo los logros y el impacto de las acciones traducidas en partos institucionales y disminución del número de muertes maternas, sino también el contexto y desarrollo del proceso en que se implementa esta intervención; esto es, evaluar la calidad de la atención tanto en su componente técnico como en su componente humano, en el marco de los derechos, tal como supone un contexto de diversidad cultural.

El Ministerio de Salud de Perú en el 2002 aprueba los *Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención*, en su mayoría enfocados a la calidad técnica de los procedimientos, aunque ya señala algunos para la información y la participación social.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2008 aprueba el *Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la*

---

<sup>9</sup> Ministerio de Salud Pública Ecuador, UNFPA, FCI, AECID. Enfoque intercultural en las Normas de Salud Materna, Ecuador. 2010.

*Calidad de la Atención Materno-Neonatal*, orientado a la evaluación de la calidad técnica.

El reto de evaluar la calidad humana de los servicios de salud –maternos principalmente– ya ha venido siendo asumido por algunos países, realizando acercamiento a las formas como se desarrollan los procesos interculturales en la atención de la gestante, parto y puerperio.

La Comisión Andina de Salud Intercultural<sup>10</sup> del ORAS-CONHU, entre las líneas estratégicas de su Plan, considera la “inclusión de indicadores epidemiológicos que den visibilidad a los pueblos originarios” abogando por “la incorporación de variables de pertenencia étnica en los sistemas de información de las instituciones de salud y censos”; así mismo, la “incorporación de la medicina tradicional y adecuación intercultural en los servicios y sistemas de salud”. Cuentan con una versión preliminar de una *Guía Conceptual y Metodológica para la Construcción del Análisis de Situación de Salud Andino, ASIS Andino, con Enfoque Intercultural*, en la que ya propone algunos indicadores para la evaluación de los servicios de salud con enfoque intercultural.

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia en el 2005, en coordinación técnica con el Programa de Apoyo al Desarrollo del Sistema Socio-Sanitario de Potosí de la Cooperación Italiana, elabora la *Guía para el Desarrollo de un Enfoque Intercultural en la Atención de la Salud Materna*<sup>11</sup>, y un año después realiza la primera evaluación de la implementación de las recomendaciones propuestas en dicho documento. Ya rescata de manera explícita la importancia de los elementos que conforman la calidad humana relacionados con el respeto a la cultura durante la atención prenatal, parto y puerperio. El informe de la implementación de dichas recomendaciones de la Guía, anexa instrumentos que rescatan detalles de la interacción en el marco de la diversidad cultural<sup>12</sup>.

---

10 Constituida en el 2005 como una expresión de la preocupación de los Ministros de Salud del Área Andina por la salud de los pueblos originarios, mediante Resolución REMSAA

11 Ministerio de Salud y Deportes. *Guía para el desarrollo de un Enfoque Intercultural en la Atención de Salud Materna*. La Paz, 2005.

[http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos\\_DOC-391\\_9e458b2c%232E%23pdf](http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_DOC-391_9e458b2c%232E%23pdf). Acceso 03.06.2011

12 Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. *El Enfoque Intercultural en la Atención de la Salud Materna: un avance para las políticas públicas de salud*. La Paz, Bolivia, 2007.

El Centro Nacional de Salud Intercultural de Perú elaboró en 2009 un listado de 43 criterios para evaluar el avance en la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud. Ha venido aplicándolo en algunos establecimientos de salud, sin embargo los criterios de valoración al parecer resultan poco exigentes por lo que un alto porcentaje supera la prueba fácilmente<sup>13,14</sup>.

En 2010, el proyecto Calidad en Salud de USAID llevó a cabo una sistematización de estudios que incorpora el enfoque de género e interculturalidad en salud, e identificó 52 elementos “facilitadores o barreras” para la implementación del enfoque de género e interculturalidad dirigida principalmente a la atención de la salud materna<sup>15</sup>. Ese mismo año UNFPA Perú también propone una lista de chequeo de 69 actividades para evaluar la pertinencia intercultural en los servicios de salud en general, en ámbitos de Ayacucho y Ucayali donde desarrolla pilotos de servicios de salud con pertinencia intercultural<sup>16</sup>.

---

13 Comunicación personal con equipo técnico del CENSI.

14 Ponencia de Lic. Doris Meneses del equipo CENSI: Estrategia Sanitaria Salud de los Pueblos Indígenas, Avances y retos. En Taller Nacional sobre Políticas en Salud Materno y Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque Intercultural realizado por CHIRAPAQ. Lima, julio de 2011.

15 Proyecto Calidad en Salud USAID Sistematización de Estudios que Incorporan el Enfoque de Género e Interculturalidad en Salud, Raquel Hurtado, Lima, 2010. Sin publicar.

16 UNFPA Perú. Implementación de Servicios de Salud con Pertinencia Intercultural para Ciudadanas y Ciudadanos Indígenas, Ayacucho y Ucayali. 2010.

# BASE LEGAL



- Convenio 169 de la OIT que incide en el respeto a la cultura, identidad, cogestión y control social de los servicios de salud para una atención de calidad, respeto a la medicina tradicional, entre otras.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (61/1295, 2007).
- Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud en que especifica los elementos fundamentales para el derecho a la salud.
- Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial y la Xenofobia y otras forma de Intolerancia. Durban 2000.



- Plan Andino de Salud Intercultural, con carácter vinculante para los Ministerios de Salud de los países del Área Andina, que considera como una de sus líneas estratégicas el contar con evidencias epidemiológicas diferenciadas por pertenencia étnica.
- Constituciones Políticas de los países, que reconocen la diversidad cultural y el derecho a la identidad étnica y cultural; específicamente en el caso de Bolivia y Ecuador, enfatizan la revaloración de la medicina tradicional y las personas con saberes ancestrales.
- Planes de Bolivia, Ecuador y Perú para la Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal, en que se enfatiza la necesidad del enfoque intercultural para el abordaje del problema y su solución.

# OBJETIVOS

## \* **Objetivo del documento**

Contribuir a la mejora de la calidad técnica y humana en los servicios de salud materna con pertinencia intercultural de los países de la región andina, en el marco de los derechos en salud y con enfoque de género.

## \* **Objetivos específicos**

- a) Desarrollar herramientas básicas para evaluar la calidad humana desde la perspectiva de las usuarias y usuarios de los servicios de salud materna en el marco de la diversidad cultural y enfoque de género.
- b) Definir y establecer un conjunto de indicadores y estándares básicos para los servicios de salud materna con pertinencia intercultural en el marco de los derechos.
- c) Contar con información que permita identificar, priorizar e intervenir en procesos críticos en los servicios de salud materna con pertinencia intercultural.

# ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las herramientas e indicadores incluidas en esta propuesta pueden ser aplicados en los establecimientos de salud y sus jurisdicciones, según nivel de complejidad, y considerando la estructura y organización del sistema en cada país (dirección regional, red de salud, red departamental, provincial, microred de salud, cantón, municipio, etc.) para realizar comparaciones entre ellas.



# CONSIDERACIONES PREVIAS

En el desarrollo de las herramientas e indicadores para servicios de salud materna con pertinencia intercultural, hemos tomado en cuenta las siguientes **consideraciones generales**:

- No hay manera de evaluar la pertinencia intercultural de los servicios de salud sin considerar la percepción de las/los usuarias/os.
- En un mundo culturalmente diverso y globalizado, la pertinencia intercultural debe ser abordada de manera diferenciada según niveles de decisión, complejidad y operatividad.
- La pertinencia intercultural en salud es un elemento fundamental de la calidad humana del servicio, y por lo tanto parte del monitoreo del mejoramiento continuo de la calidad.
- La calidad humana debe ser una característica del servicio en todos los niveles y ámbitos; sin embargo es muy probable que evaluar su extensión, intensidad y diferenciación en el marco de la interculturalidad sea más factible cuanto más operativo sea el nivel de intervención.
- La interculturalidad y pertinencia intercultural en salud involucran de manera interdependiente al sistema de medicina académica, a la usuario/a, familia, comunidad y al sistema de medicina tradicional.
- La interculturalidad y la pertinencia intercultural de los servicios de salud en el marco de los derechos en salud requieren de inversión (in-

fraestructura, implementación, sistemas de referencia y contrareferencia, capacitación y mecanismos comunicacionales, entre otros).

- En los servicios de salud es necesario contar con estadísticas diferenciadas por etnia, nacionalidad o pueblo originario, que permitan evaluar y focalizar acciones en determinados actores sociales. Sin este dato no será posible evaluación alguna referente a los pueblos originarios.
- Los sistemas nacionales de información en salud al no haber desarrollado indicadores ni herramientas para evaluar los procesos de atención en el marco de la interculturalidad, deben incorporar en sus fuentes diversas la información correspondiente para este fin. No se puede desestimar *a priori* un indicador por no contar con información.
- El enfoque de género debe ser inherente a la perspectiva intercultural, por lo que exige un aprendizaje de los roles y dinámicas de las otras culturas para realizar una aproximación e intervención apropiadas.
- La interculturalidad y la pertinencia intercultural contribuyen al acceso de servicios de salud con calidad técnica.
- El enfoque intercultural, más que una herramienta para apoyar la calidad de los servicios en salud<sup>17</sup> en un mundo diverso y globalizado, constituye un elemento fundamental indesligable de la misma.

La pertinencia intercultural como construcción social, es un proceso dinámico y en constante cambio y debe tender al mejoramiento, por lo que debe ser motivo de evaluación periódica y revisión permanente. El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud materna con pertinencia intercultural es un proceso que involucra a representantes de los diversos niveles: nacional y sub-nacionales, incluido el local. En cada país se debe determinar a los responsables de este proceso, debiendo considerar en su conformación:

- Representantes de organizaciones indígenas y de otros pueblos originarios locales, o nacionales, así como de líderes comunitarios.

---

<sup>17</sup> Secretaría de Salud México. El enfoque intercultural: Elemento para apoyar la calidad de los servicios de salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. 2003.

- Representante de la instancia relacionada con la salud de los pueblos indígenas y pueblos originarios, la interculturalidad y medicina tradicional.
- Responsable de la Dirección de Salud Materna, Salud Sexual y Reproductiva.
- Representante de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud.
- Representante de la instancia responsable de Estadística e Informática.
- Representante de la Dirección de Recurso Humanos y Capacitación.
- Jefe o representante de la Jefatura o Dirección del establecimiento de salud.
- En caso de Hospitales, la Dirección del Hospital y el/la Jefe de Ginecología u Obstetricia.

Son quienes deben monitorear los procesos de atención en el marco del respeto cultural, mediante los estándares e indicadores, para activar los mecanismos correctivos correspondientes.

### **\* Consideraciones metodológicas**

Disponer de un sistema de información diferenciada (nacional y local) constituye la piedra de toque para cualquier intervención, por lo que se debe asegurar la calidad de información que se genere sobre el sujeto, producto o evento a evaluar. Las características de la datos que servirán de referencia están ya determinadas en diversos documentos referidos a indicadores y estándares.

Resulta insoslayable la condición de datos diferenciados por etnia, nacionalidad o pueblo indígena al que pertenecen los beneficiarios. Sin ella no será posible comparar las condiciones de ventaja o desventaja en que se encuentran determinados grupos poblacionales en escenarios de diversidad cultural. Esta primera condición debe ser cumplida para efectos de los indicadores cuantitativos, principalmente, que ya se han establecido en los sistemas de estadística de salud y que

permitirían cifras comparadas del nivel nacional y subnacional.

Es de fundamental importancia la calidad del dato de pertenencia étnica y la forma como se ha normado obtenerlo y registrarlo. Es difícil uniformizar en todos los países la forma de hacerlo, pero hay tendencias: idioma que aprendió a hablar, idioma materno o auto reconocimiento<sup>18,19</sup>. No está al alcance del presente documento este detalle técnico, pero se deja constancia de su importancia.

Los sistemas de información, nacional y subnacionales, solamente procesan información – introducen, analizan, comparan, emiten reportes – a partir del dato generado. Los reportes van asociados a la toma de decisiones para políticas públicas. Quienes recogen el dato de pertenencia étnica son un componente fundamental en la generación de estadísticas diferenciadas por variable “etnia”, “nacionalidades” o “pueblos indígenas”. Este proceso debe ser parte del monitoreo, supervisión y capacitación de los sistemas de información.

Sin embargo, para el caso de la pertinencia intercultural o el enfoque intercultural de las intervenciones, poco se ha desarrollado en los sistemas de información de salud respecto al recojo de datos y análisis de los procesos. En general, las características cualitativas de una intervención siempre resultan un gran reto para uniformizar criterios e interpretaciones dado las subjetividades, ilimitadas variaciones de respuesta, interpretaciones y valoraciones que pueden ser, o no, concordantes con los objetivos de las intervenciones en un contexto de diversidad cultural.

La pertinencia intercultural de los servicios de salud, sin descartar lo técnico, está más ligada al componente humano de la calidad –la humanización– del servicio, esto es, tomar en cuenta la perspectiva de los usuarios, expresada libremente, ejerciendo su derecho a ver, opinar, pensar, razonar diferente. Por ello resulta imprescindible recoger la opinión del beneficiario, sin sesgos u orientaciones del que brinda el servicio, con-

---

18 Galarza P. Inclusión de la variable etnia en las estadísticas sociodemográficas del Ecuador. CEPAL CELADE UNFPA 2010.

19 Oyarce AM, Del Popolo F. Enfoque étnico en las fuentes de datos en salud. CEPAL 2008.

siderando las múltiples posibilidades de respuesta. Cuanto más local el nivel a evaluar, más necesario se hace contar con herramientas de respuesta abierta que posteriormente puedan ser comparadas, comprendidas, sistematizadas, y socializadas para seguir construyendo un proceso de mejora continua. Sin embargo, esto puede complicar el proceso de análisis y sistematización para la acción.

Las metodologías cualitativas son la mejor alternativa, pero no son muy operativas para la forma como están organizados y funcionan las instancias de supervisión y apoyo técnico de los sistemas de salud. Por esto se propone una herramienta estructurada para evaluar la satisfacción de la usuaria y familiares. ¿Cómo compatibilizar un sistema de información para análisis cuantitativo con una necesidad de procesar información más relacionada con el campo cualitativo? Es el reto en esta propuesta.

# DESENCUENTROS O BRECHAS INTERCULTURALES

La literatura referida a diversos eventos sobre salud materna y salud sexual y reproductiva, nos permiten conocer los desencuentros interculturales en los servicios de salud y pueden ayudarnos a entender el itinerario terapéutico y la decisión de buscar atención en los profesionales de los establecimientos de salud o en los recursos humanos de la comunidad (promotores o personas con saberes ancestrales,



parteras, curanderos, entre otros)<sup>20,21,22</sup>. De igual manera podemos encontrar quienes ya han mostrado su preocupación por entender o sistematizar las razones de estas brechas interculturales<sup>23,24</sup>. Los desencuentros se presentan tanto desde la oferta como desde la demanda de los servicios.

En el caso de la oferta se identifican los siguientes componentes de la atención a la salud materna, en los que pueden emerger estas brechas:

- La normatividad, la exigencia de la verticalidad de los programas, planes y el cumplimiento de metas, en cuya elaboración no participaron las/los beneficiarias/os y que pueden conducir al maltrato, imposiciones, sanciones (partos institucionales, multas por parto domiciliario, negar o condicionar a las mujeres la entrega del certificado de nacimiento, negar o condicionar el acceso a programas sociales, etc.).
- Infraestructura (diseño, señalización en idioma que no entiende o muy compleja), mobiliario (camas muy altas, por ejemplo), temperatura en ambientes ajenos a la cultura y cotidianidad de la/del usuaria/o), que atenta contra la privacidad, confidencialidad, y favorece temores y desconfianza.
- La organización de los servicios que puede significar demoras en la atención, atención por personal no deseado (controles de gestación o partos atendidos por varones), o rechazos a ser atendidas en otro nivel de complejidad (traslados que alejan a la usuaria de su familia, ambiente, recursos, etc.).
- Desabastecimiento de medicinas, falta de equipamiento y de profesionales en los establecimientos de salud, que genera desconfianza en la población.

20 Taller ECUADOR Mujer indígena: Salud y Derechos Diagnóstico Participativo con CONAIE. Apoyo UNFPA, FCI, AECID, Enlace Continental de Mujeres de las Américas. Quito, 2009.

21 Taller PERU Mujer Indígena: Salud y Derechos Diagnóstico participativo con el Taller permanente de Mujeres Indígenas Amazónicas y Andinas del Perú. Apoyo UNFPA, FCI, AECID Enlace Continental de Mujeres de las Américas. Perú, 2009.

22 Taller BOLIVIA Mujer Indígena: Salud y Derechos Diagnóstico participativo con CIDOB, CNAMIB y CNMCIQB-BS. Apoyo UNFPA, FCI, AECID Enlace Continental de Mujeres de las Américas. Bolivia 2009.

23 Secretaría de Salud México. El Enfoque intercultural: Herramientas para apoyar la calidad de los servicios de salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México DF, 2007.

24 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía para la Adecuación Cultural de los Servicios de Salud. Quito, 2006.

- Los procedimientos técnicos, principalmente los invasivos en general y los que invaden la privacidad (tactos vaginales, venoclisis, uso de espéculo, legrados, episiotomías, cesáreas y otros no bien explicados durante todo el tiempo de contacto entre usuarias/os y proveedores/as, parto en posición horizontal).
- Alta rotación del personal de salud y la contratación de personal de otras culturas en el territorio nacional, que influyen en el desconocimiento del nuevo proveedor de la cultura del/de la usuaria/o y por lo tanto imposición de la cultura hegemónica (negación del acompañamiento de la gestante por familiares, partera, costumbres durante la gestación, parto o puerperio, prohibición del uso de su medicina tradicional, distanciamiento o ausencia de coordinación con personas con saberes ancestrales).
- Comodidad para algunas actividades de las usuarias: tipo de alimentos o alojamiento (tipo de camas, uso de inodoros, mantenimiento de ambientes, soledad, etc.).

En cuanto al personal que brinda servicios de salud podemos mencionar:

- Su cosmovisión, sus valores, valoraciones o prejuicios de una cultura hegemónica que trata de imponerse, subordinar, ignorar o hacer desaparecer a otra cultura.
- Su condición socioeconómica, experiencias y expectativas y, que en su relación con los pobladores desahoga o descarga su incomodidad, sus molestias o frustraciones, conduciendo a la marginación y discriminación.
- Su desconocimiento y falta de comprensión del idioma local y de los códigos culturales de los usuarios y usuarias, lo que dificulta la atención y conduce a la subvaloración, imposiciones y enfrentamientos con las/os usuarias/os.
- El desconocimiento de los derechos diferenciados de los pueblos indígenas que atiende, imposibilitando su ejercicio (libre determinación, información, respeto cultural, participación, etc.).
- La falta de disposición o capacidad para comunicarse con los usuarios y usuarias y resolver los problemas de salud, que contribuye a la

marginación, discriminación, alejamiento intercultural, abusos en la prestación de servicios (entre otros, imposición de procedimientos, tratamientos o decisiones); y por otro lado, negación del derecho a la participación, al diálogo y a construir consensos.

- Trasgresión a la ética: deficiencias en la entrega de información, cobros indebidos, ausencia de consentimiento informado para procedimientos (métodos anticonceptivos, traslado fuera de la zona, tratamientos o métodos diagnósticos, como cesárea, VIH o Papanicolaou, por ejemplo).
- Las condiciones de trabajo poco atractivas para los profesionales que, como derecho, tienden a la superación personal.
- El ambiente laboral, el nivel jerárquico y las malas relaciones interpersonales que entre el equipo crea discrepancias, deterioro de las relaciones interpersonales o malestar, lo que repercute en la organización y atención a las/los usuarias/os.
- Sus ausencias prolongadas por diversos motivos que niegan el acceso a la atención y muchas veces coincide con emergencias y muertes, creando malestar entre la población usuaria.

Desde las usuarias, familia o comunidad que necesita o demanda el servicio, identificamos:

- Su cosmovisión, la percepción de la salud-enfermedad-muerte que tienen las usuarias y usuarios de los servicios y que muchas veces difiere de la cosmovisión del personal de salud suscitándose conflictos conceptuales y llevando a la discriminación y subvaloración por parte del servicio.
- Sus valores, valoraciones o prejuicios, así como las dificultades para comprender los códigos culturales de los que ofertan los servicios de salud. Estas diferencias establecen distanciamientos sociales que influyen en las decisiones de aceptar o no los procedimientos técnicos en los servicios.
- Sus condiciones de vida y posibilidades de cuidar de su salud, cuando no pueden superar la enfermedad con su medicina tradicional y las limitaciones económicas para acceder a otros tratamientos.

- Su organización familiar, comunal y niveles de decisión, que permiten hacer uso o no de su derecho a decidir sobre su cuerpo, su salud, su vida.
- El conocimiento y ejercicio de sus derechos que les permitirá exponerlos cuando sea necesario y lograr mejores servicios.
- La accesibilidad geográfica y dispersión de las viviendas y comunidades que muchas veces supera los tiempos ideales para la atención en casos de emergencia o influye en costos extras y no monetarios de la atención (transporte, tiempo, tareas del hogar, chacra y otros costos sociales).
- Sus expectativas ante los servicios que se le brindan y la información sobre los mismos, que promueven el respeto a la cultura, lo que muchas veces no se refleja en la práctica.
- Su nivel educacional y grado de acercamiento a la cultura de la sociedad envolvente que los margina y agrede socialmente.
- Sus experiencias, negativas o no, con la sociedad no indígena y específicamente, con los servicios de salud. Estas experiencias determinan su actitud de rechazo o aceptación, su decisión de acudir o no al servicio.



Desencuentros interculturales en los servicios de salud*	Demandas de solución en el marco de la interculturalidad y derechos
<p><b>Desde la oferta:</b></p> <p>“No les interesa su salud”; “No hablan castellano”; “No quieren venir a la posta, hay que obligarles”; “Tienen mucha fe en sus curanderos, sus parteras y sus hierbas”; “Son muy exigentes, se quejan de todo”; “Con eso de sus derechos, vienen y te reclaman”; “No quieren quedarse internadas”; “Las parteras y la familia participan del parto”; “Quieren todo gratis”; “Quieren que vayamos a sus comunidades a visitarles pero son muy lejanas”; “No quieren ir al hospital cuando el caso es complicado”; “Ella está de acuerdo en venir a la posta, su marido no le deja”; “La posta no está bien implementada, nos falta personal”; “Quieren tener sus partos en casa, por eso hay muertes maternas”; “Las traen complicadas y después nos echan la culpa”; “No aceptan planificación familiar”; “No entendí bien, hablaba en su idioma”; “Los jefes te exigen pero no te dan facilidades para trabajar como se debe”; “No tenemos combustible para trasladar emergencias”; “La comunidad no quiere apoyar cuando se le solicita, pero sí exigen”; “En la casa materna ya no tenemos cómo alimentar a las gestantes”; “Aunque sea por no pagar la multa vienen al centro a tener su parto”; “Les preguntamos cómo quieren tener su parto”; “Respetamos sus costumbres, por eso vienen”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más establecimientos y profesionales de la salud en lugares lejanos, en comunidades nativas.</li> <li>- Respeto a costumbres y culturas.</li> <li>- Información completa sobre los servicios, procedimientos, tratamientos, costos.</li> <li>- Uso del idioma de los pueblos indígenas.</li> <li>- Que no se maltrate ni discrimine.</li> <li>- Articulación de medicina tradicional y medicina académica.</li> <li>- Revitalización, respeto y promoción de la medicina tradicional y de las personas que la conocen y practican.</li> <li>- Personal indígena trabajando en los servicios, orientando, traduciendo o atendiendo.</li> <li>- Estadísticas y análisis diferenciados de salud según variable “etnia” o “pueblo originario”.</li> </ul>



Desencuentros interculturales en los servicios de salud*	Demandas de solución en el marco de la interculturalidad y derechos
<p><b>Desde la demanda:</b>  “Maltrato”; “Mala atención”; “Nos gritan”;  “Nos quieren atender”; “No hablan el idioma, no nos comprenden”; “Cuando te tratan bien, claro que da ganas de ir”; “No respetan nuestra cultura”; “No respetan nuestros derechos”; “No nos dejan participar, se ofenden cuando reclamamos”; “Nos multan si no tenemos nuestro parto en el establecimiento”; “No hay personal, no hay médico en la posta”; “La placenta no salía y me aplastaban fuerte mi barriga”; “Hay discriminación”; “La posta está cerrada”; “Te obligan a internarte muchos días”; “No entendí bien, me habló con palabras difíciles”; “Me llamó la atención por ir donde la partera”; “Si voy a la casa materna muchos días ¿con quién dejo a mis animales, y a mis hijos?”; “Te mandan al hospital para operación”; “Mucho te tocan en tus partes cuando estás con dolor de parto”; “Ni siquiera me examinó”; “No hay medicinas”; “Sólo son practicantes, no son profesionales”; “Yo quiero ir, pero mi suegra me ha dicho que no”; “No respetan la medicina tradicional ni a nuestros curanderos, parteras”; “No conocen nuestras costumbres”; “A la posta o al hospital sólo vas a morir”; “Te cobran a pesar que tenemos seguro”; “La partera sabe acomodar al niño, el doctor no”; “Tenemos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que el personal de salud, profesionales y técnicos, los nuevos y los antiguos, conozcan las culturas.</li> <li>- Mejorar el acceso de las gestantes para un parto institucional.</li> <li>- Atención del parto a cargo de equipos de personal capacitado y parteras tradicionales.</li> <li>- Atención del parto de acuerdo a la cultura de la gestante.</li> <li>- Participación y control social en la organización y funcionamiento de los servicios de salud.</li> <li>- Infraestructura hospitalaria, alojamiento, alimentación y ofertas tecnológicas sensibles a la diversidad cultural.</li> </ul>



Desencuentros interculturales en los servicios de salud*	Demandas de solución en el marco de la interculturalidad y derechos
<p>que llevar todo a la casa materna, porque dicen que no hay nada y ¿con quién dejo a mis animalitos?"; "Dejan tener tu parto en la posición que deseas"; "No nos entienden"; "No dejaron que la partera esté conmigo en el parto"; "Tengo vergüenza que me vea el doctor".</p>	

(\*) A propósito están enunciadas citas entre comillas, a manera de testimonios, como desordenadas, aisladas e inconexas, tornando complejo visualizarlas, entenderlas. Pero vistas y pensadas con detenimiento, tienen sentido, razones, causas, motivos, y posibles soluciones. Estos testimonios se extraen de una serie de publicaciones sobre la materia<sup>25</sup>.

- 25 UNFPA, AECID, Population Council, Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Sistematización de servicios de Salud con pertinencia cultural. Guatemala, 2010, p. 39.
- CARE Perú. Evaluación de la disponibilidad, calidad y uso de los servicios obstétricos y neonatales. Diagnóstico Cualitativo. Percepción de la comunidad y del personal de salud con relación a la atención en los establecimientos de salud. Región Ancash, Perú. 2007.
- Reyes E. En nombre del Estado. Servidores públicos en una micro red de salud en la costa rural del Perú. Capítulo 3 y 4. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Estudios Peruanos. Lima, 2007.
- Ministerio de Salud. El Parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú. Proyecto 2000. Lima, 1999, p. 229.
- Ramírez S. Calidad de Atención en Salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano. OPS/OMS, 2009.
- Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Shipibo-Konibo. Oficina General de Epidemiología. Lima, 2002, p. 125.
- Ministerio de Salud y Deportes. El Enfoque Intercultural en la Atención de la Salud Materna. La Paz, 2007.
- Secretaría de Salud. El enfoque intercultural: herramientas para apoyar la calidad de los servicios de salud. México DF, 2007.
- UNFPA. Incidencia Política, Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres Indígenas. Módulo Fortalecimiento de Capacidades. 2010.
- Bant A, Motta A. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali: género y salud reproductiva. Movimiento Manuela Ramos, 2001, p. 119.
- Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Atención Calificada del Parto de América Latina y el Caribe. 2004.
- Luna A, Cordero L, Vattuone ME. Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la muerte materna. BID. 2010, p 48-49.
- Rodríguez L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. III Congresso da Associação Latino Americana de População, 2008.

# DEFINICIONES

## \* Estándar

Nivel de desempeño deseado, previamente definido y factible de alcanzar. Es el punto de referencia para las diversas acciones a partir del cual se espera obtener resultados óptimos relativos a la calidad de atención en salud<sup>26</sup>.



26 Ministerio de Salud Perú. Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales, Lima 2007.

Es un valor de referencia, medida o patrón de control que se emplea para servir de modelo. Los estándares son requerimientos indispensables que debe cumplir un establecimiento de salud para garantizar una adecuada calidad en la prestación de servicios, y serán sometidos a revisiones periódicas para su actualización en base a los logros obtenidos y a los avances científicos y tecnológicos en salud<sup>27</sup>.

Como para todo servicio, se rescatan tres funciones claves de los estándares<sup>28</sup>:

- Establecen a partir de las necesidades, deseos y expectativas de las/os usuarias/os, las metas de la calidad que debe alcanzar el servicio.
- Sirven de parámetro para medir los niveles de calidad que en realidad se logran en el servicio.
- Indican al personal cuáles son, de acuerdo a los criterios de la institución, las características concretas que deben poseer los productos o servicios brindados, para que sean considerados aceptables, óptimos o de calidad.

Definir estándares se torna complejo en contextos de diversidad cultural en los que se tiene que lograr la pertinencia intercultural teniendo en cuenta realidades disímiles dentro de un mismo territorio, lo cual impide homogeneizar parámetros. Esto debe tomarse en cuenta en la construcción de estándares, ya que su validez, confiabilidad y sencillez pueden ser cuestionadas cuando se trata de evaluar la pertinencia intercultural.

---

27 Ministerio de Salud. Indicadores de Calidad para el Primer Nivel de Atención de Salud. Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación. Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención. Lima, Perú, 2002.

28 MK Marketing. Los estándares de calidad del servicio. Nro 164, diciembre 2001.

## \* Indicador

Medida-resumen que captura información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño de un sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla<sup>29</sup>.

Son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa y cualitativa, sucesos colectivos para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas<sup>30</sup>.

Un indicador debe presentar las siguientes características:

- **Validez:** efectivamente mide lo que intenta medir.
- **Confiabilidad:** su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados.
- **Especificidad:** mide solamente el fenómeno que se quiere medir.
- **Sensibilidad:** puede medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir.
- **Mensurabilidad:** basado en datos disponibles o fáciles de conseguir.
- **Relevancia:** mide y da respuestas claras sobre un aspecto importante para el logro del objetivo.
- **Costo-efectividad:** los resultados que brinda justifican la inversión en tiempo y otros recursos.
- **Sencillez:** debe ser fácilmente utilizado e interpretable por los analistas y comprensible por los usuarios de la información, como los gerentes y tomadores de decisión.

Los indicadores pueden ser simples (por ejemplo, una cifra absoluta o una tasa de mortalidad) o compuestos, es decir, contruidos sobre

---

29 OPS. Boletín Epidemiológico Vol. 2 Nro 4, diciembre 2001.

30 Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Guía General de Indicadores de Gestión en Salud. La Paz, 2008.

la base de varios indicadores simples, generalmente utilizando fórmulas matemáticas más complejas. Por ejemplo, son indicadores complejos la expectativa de vida de una población, los años de vida potencial perdidos (AVPP) e indicadores más recientes, como los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY'S, por sus siglas en inglés) que intentan objetivar globalmente el verdadero impacto de la pérdida prematura del estado de salud en la población<sup>31</sup>.

Los sistemas de información en salud tienen grandes avances en cuanto a indicadores, e incluso los indicadores complejos se calculan fácilmente mediante la informática. En el caso de la calidad de vida, se opta por herramientas un tanto complejas sometidas a las ponderaciones y subjetividades de los sujetos evaluados.

Para la pertinencia intercultural, el sistema de información aún no está suficientemente desarrollado, pero se pueden considerar indicadores simples (como las tasas diferenciadas según etnia de morbilidad, mortalidad o cobertura) y complejos (como la calidad humana del servicio percibido desde la cosmovisión y expectativas de usuarios/os en la diversidad cultural).

Los sistemas de información de salud han desarrollado indicadores complejos para el contexto “macro”, lo nacional, pero no para lo local o para el contexto “micro”, y somete los contextos locales a criterios nacionales, lo cual no resulta conveniente para realidades con escasa población y en contextos con gran diversidad cultural. Por ello es de suponer y aceptar que las herramientas para evaluar la pertinencia intercultural de los servicios de salud materna resultarán complejas; sin embargo hay que afrontar el reto. Luna y Cordero<sup>32</sup> plantean herramientas para explorar las percepciones del servicio de salud materna, pero de manera exploratoria y desagregada por acciones muy específicas de lo que constituye la compleja interacción proveedor-usuario; también plantean una sistematización de interrogantes para el respeto de las prácticas culturales en servicio.

31 Universidad Católica de Chile. EPICENTRO. Un sitio de apoyo al aprendizaje de la epidemiología. <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/indice.htm> Acceso 13.05.2011.

32 Luna A, Cordero L, Vattuone ME. Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la muerte materna. BID. 2010.

Tanto los indicadores cuantitativos como los cualitativos son referenciales y relativos, intentos de objetivar las realidades.

## \* Calidad de los servicios de salud

Se habla de *calidad en la atención médica o calidad asistencial* cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar servicios de salud accesibles y equitativos, con profesionales sumamente buenos y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida<sup>33</sup>.

La calidad de los servicios de salud refleja la correspondencia de las características de los servicios ofertados a la población con el sistema de normas valorativas explícitas e implícitas que existen en un momento determinado en una sociedad concreta. La calidad posee una connotación histórico-cultural, es específica para una sociedad concreta, para un momento histórico determinado, para una institución en particular, y en ella juegan un importante papel los factores subjetivos o psicosociales (las creencias, la idiosincrasia, los valores, entre otros).

La satisfacción de las/os usuarias/os y proveedores de salud constituye una importante dimensión subjetiva del proceso de calidad de la atención. Se consideran determinantes fundamentales de la calidad de los servicios<sup>34</sup>:

- **Confiabilidad:** implica consistencia en el rendimiento y en la práctica.
- **Receptividad:** disposición y prontitud de los prestadores para brindar el servicio oportuno.
- **Competencia:** tener las habilidades y los conocimientos necesarios para ejecutar el servicio.

33 Jiménez L, Báez RM, Pérez B, Reyes I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de la atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública. 1996;22 (1):37-43.

34 Massip C. Evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm)

- **Accesibilidad:** el aprovechamiento y la facilidad del contacto.
- **Cortesía:** es la amabilidad, la urbanidad y la amistad del personal que presta el servicio.
- **Comunicación:** escuchar a los usuarios e informarles con un lenguaje que puedan entender.
- **Credibilidad:** significa honestidad, dignidad y confianza.
- **Seguridad:** estar libres de peligros, riesgos y dudas.
- **Entender y conocer al/a la usuario/a:** estudiar y conocer sus necesidades para satisfacerlas.
- **Aspecto tangible del servicio:** apariencia, personal, condiciones del lugar, herramientas, instrumentos y equipos, así como la privacidad del usuario.

La calidad del servicio de salud tiene dos componentes principales: la calidad técnica y la calidad humana. La calidad técnica se mide desde la perspectiva de los proveedores de salud y tradicionalmente considera cinco variables:

- **Integridad:** satisface todas las necesidades de los pacientes en base a la identificación de las necesidades y de los medios necesarios para enfrentarlas.
- **Contenidos:** hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.
- **Destreza:** hacer bien lo que se debe hacer.
- **Oportunidad:** hacer a tiempo las actividades y en la secuencia adecuada.
- **Continuidad:** realizar las actividades debidas, en la secuencia apropiada y sin interrupción del proceso de atención.

Actualmente, la calidad es evaluada en tres dimensiones: estructura, procesos y resultados, y no sólo como procesos.

Donabedian identifica diversos elementos de la calidad: calidad técnica, interpersonal, individual y social. Las tres últimas corresponden a lo que se denomina la *calidad humana*; es una valoración desde la perspectiva de las usuarias y usuarios del servicio y su medición es más compleja y mucho más aún en contextos de diversidad cultural. “La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última”<sup>35</sup>.

La satisfacción del usuario es el criterio eje sobre el que gira la condición de calidad. Existen algunos cuestionarios que se usan para medir la satisfacción de la/del usuaria/o y que utilizan métodos semicuantitativos ponderando con puntajes establecidos las respuestas del entrevistado, y obteniendo un puntaje total cuya valoración indica el nivel de satisfacción<sup>36</sup>.

## \* La pertinencia intercultural en salud

Hasta la fecha, muchas experiencias sobre interculturalidad en los servicios de salud han estado centradas principalmente en salud materna inicialmente, y en salud sexual y reproductiva más recientemente, y como una propuesta desde la oferta, enfatizando procesos de adecuación de los servicios para captar la demanda y lograr el cumplimiento de metas. En este aprendizaje, hay confusión en el uso del término “pertinencia” como sinónimo de “adecuación”<sup>37</sup>. Por otro lado, hay quienes mantienen una opinión crítica respecto a la forma de implementación de la interculturalidad en los servicios de

---

35 Donabedian A. Una exploración conceptual. En: La calidad de la atención médica. La prensa Médica Mexicana, México DF, 1982 p. 1-39

36 Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev. Cubana Salud Pública v.30 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar., 2004.

37 Population Council–UNFPA–AECID. Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural. Guatemala, 2010.

salud materna<sup>38,39,40</sup>. Las observaciones enfocan las debilidades de los servicios para incorporar las perspectivas de las usuarias en el marco de su cosmovisión, costumbres, prácticas, escenarios tradicionales y derechos (como la participación y el control social); esto es, refieren la interculturalidad aplicada en los servicios de salud como propuestas técnicas unilaterales generadas desde las instituciones.

A pesar de la implementación de casas maternas o de salas para la atención del parto con adecuación cultural, los desencuentros culturales revelan debilidades en estas propuestas de servicio para la atención en un contexto de diversidad cultural; esto es, no son suficientes para lograr servicios de salud materna con pertinencia intercultural; y esto se refleja en la serie de demandas a la calidad de atención durante la interacción individual entre representantes de culturas diferentes.

Esto conduce a insistir en aclarar el concepto e incidir en la *pertinencia intercultural* de las intervenciones, es decir, entenderla como “establecer una vinculación, armonía, encuentro con el entorno” (social, cultural), lo que se logra no de manera unilateral sino a través de acuerdos o consensos, estableciendo un vínculo entre lo abstracto del conocimiento con la contextualización en que se aplica, sometándolo a una constante crítica constructiva<sup>41,42</sup> de los beneficiarios de las intervenciones (comunidades, organizaciones, familias, individuos).

- 
- 38 Ramírez S. Calidad de Atención en Salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano. OPS/OMS. La Paz, 2009.
- 39 Nureña, C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: el parto vertical. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 26(4), 2009.
- 40 Ramírez, S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: los Centros de Salud en el Altiplano Boliviano. Trabajo presentado en IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNaM. Posadas, Agosto de 2008.
- 41 Magalon, L. “Pertinencia y Educación Superior. Una mirada Crítica”. Ponencia presentada en el “Tercer congreso nacional y segundo internacional sobre retos y expectativas de la Universidad”. Nov 2002, Toluca UNAM. Mencionado en Naidorf J, Giordana P, Horm M. La pertenencia social de la Universidad como categoría equívoca. *NOMADAS* N° 27. Octubre 2007: 22-33. Universidad Central de Colombia.
- 42 Magalon L. La Pertinencia en la Educación Superior. Una mirada Crítica. [http://www.congresoretos-yexpectativas.udg.mx/Congreso%203/Mesa%203/Mesa3\\_21.pdf](http://www.congresoretos-yexpectativas.udg.mx/Congreso%203/Mesa%203/Mesa3_21.pdf) Acceso 24.07.2011.

Así, la pertinencia intercultural exige la aceptación consciente y acordada en mutuo entendimiento y respeto cultural, por parte de los que interaccionan sobre un hecho, acción, procedimiento, norma o política relacionada con el desarrollo y mejor vivir de los individuos y colectivo beneficiario. Obliga a variaciones de algunas lógicas interpretativas propias de sus culturas, posibilitando una actitud dialógica, para llegar a consensos sobre determinada cuestión. En un sentido más amplio y profundo, es una manifestación y respeto de los derechos de las culturas interactuantes mediante el diálogo intercultural. No se trata de fijar normas, sino de desencadenar procesos<sup>43</sup>.

La pertinencia intercultural en salud, dado que confronta cosmovisiones y lógicas entre la oferta y la demanda, constituye un punto de encuentro entre las propuestas técnicas del persona de salud y las expectativas de las/los usuarias/os, entre las propuestas técnicas de la institución y las expectativas de las comunidades. Es una construcción social más cercana a un escenario social micro entre institución y comunidad u organizaciones o entre proveedor/a y usuario/a. Entre los proveedores consideramos no sólo a los profesionales o técnicos de los establecimientos de salud –indígenas o no–, sino también al recurso comunitario como las parteras en el caso de la atención del parto. No sólo es una relación armónica entre la medicina académica y el/la usuario/a y familia, sino también con la medicina tradicional y quienes la conocen y practican, sus especialistas.

La pertinencia intercultural en los servicios de salud materna es una característica cualitativa que involucra la calidad técnica y la calidad humana de la atención y la percepción de las usuarias y usuarios es un componente fundamental en su evaluación.

---

43 Breilh J. La Epidemiología Crítica. Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. Buenos Aires 6(1): 83-103. 2010.

### \* **Pueblos indígenas, pueblos originarios y campesinos**

Más que ahondar en la definición de cada uno de estos términos, para los efectos del presente documento, dada la diversidad de denominaciones en la diversidad cultural de cada país –indígenas andinos, indígenas amazónicos, pueblos originarios, campesinos, afrodescendientes, asiáticodescendientes, “gitanos” o pueblo Rom, montubios, shipibos, quechuas, aymarás, ashaninkas, waoranis, entre muchos otros más específicos– es necesario optar por uno o dos de estos términos.

En el presente documento, con la premisa que *interculturalidad* no es sinónimo de indígenas y que debe comprender la diversidad cultural de los países, en la construcción de estándares o indicadores se ha optado por los términos generales *indígena o pueblo originario*, que pueden ser reemplazados por cualquier otro pueblo originario que deseemos evaluar; es decir, podemos reemplazarlos por afrodescendientes, pueblo Rom o algún pueblo específico como los señalados arriba y en los que se desee evaluar su condición con alguno de los parámetros propuestos. Así, cuando se desee comparar la situación de un pueblo específico, en el indicador o variable *indígena o pueblo originario*, basta con reemplazarlo por la denominación específica (ej: aymarás, quechua, shipibo, yine, waorani, afrodescendiente, etc.).

# PROPUESTA DE ESTÁNDARES E INDICADORES

La pertinencia intercultural es una construcción social en la interacción de proveedor/a-usuario/a, y no necesariamente esta cualidad se reflejará en indicadores que evalúen el conjunto de establecimientos de una red de servicios o del sistema. Los indicadores “macro” nos aproximan a los esfuerzos de la oferta por facilitar el proceso, pero no aseguran la pertinencia intercultural del servicio. Tener casas maternas cercanas a la mayoría de nuestros establecimientos u ofertar la atención del parto



vertical en la mayoría de ellos, puede no corresponder a la satisfacción de la mayoría de usuarias y familia. Una buena cobertura de parto institucional con adecuación cultural no traduce necesariamente la pertinencia intercultural en la interacción proveedor/a- usuario/a.

¿Desde qué perspectiva partir para evaluar servicios de salud materna con pertinencia intercultural? ¿Cómo construir indicadores o estándares de calidad humana en la diversidad cultural? o ¿Basta con los estándares e indicadores de resultados y calidad técnica? Son preguntas a resolver para evaluar la pertinencia intercultural con el menor sesgo posible desde el proveedor y decisor de políticas.

Tal como se ha desarrollado el proceso, la interculturalidad en salud ha sido principalmente una respuesta del Estado a la demanda de los pueblos originarios. Como propuesta de intervención, ha sido generada desde los equipos técnicos tomando en cuenta experiencias de campo, de los espacios “micro”, creando una oferta que resultara atractiva para la usuaria buscando, por un lado, su satisfacción y, por otro, lograr los resultados esperados desde lo técnico. Hay avances, pero aún se identifican desencuentros interculturales durante la atención, y se mantiene un gran arraigo a las prácticas y costumbres que no son compatibles en muchos casos con la oferta y objetivos de las instituciones de salud.

Experiencias desarrolladas en el nivel local en el marco del respeto cultural demuestran que el componente humano de la calidad resulta fundamental para la satisfacción de la usuaria y su familia, lo cual redundando en mejor aceptación del servicio, posibilitando mejores resultados que acorten las brechas sanitarias desfavorables para los pueblos indígenas. Algunos ejemplos de estas experiencias locales son las llevadas a cabo en el Hospital San Luis de Otavalo (Ecuador)<sup>44</sup>, el Hospital Daniel Bracamonte de Potosí (Bolivia)<sup>45</sup> o el Madre Nativa de Satipo (Perú)<sup>46</sup>.

44 MSP Ecuador. Logros 2010 en la provincia de Imbabura. <http://www.msp.gob.ec/index.php/Boletines-de-Prensa/logros-2010-en-la-provincia-de-imbabura.html>

45 Experiencias de salud Intercultural en Potosí. En Yachay Tinkuy Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. Bolivia, 2009.

46 Salud Sin Límites. Madre nativa: experiencias acerca de la salud materna en las comunidades ashaninkas y nomatsiguengas. 2008.

La construcción de la pertinencia intercultural en los servicios de salud materna, al igual que otros procesos, debe ser supervisada periódicamente con el debido apoyo técnico en servicio.

En la presente propuesta consideramos dos niveles de herramientas para los servicios de salud materna con pertinencia intercultural:

- Para el nivel micro o local (establecimientos de salud - comunidad):
  - Una relación de estándares.
  - Una encuesta sobre los detalles de la atención y de satisfacción de la usuaria del servicio.
  - Una lista de cotejos, cuyo nivel de cumplimiento permitirá una idea de la aproximación y entendimiento intercultural –y por lo tanto de la calidad humana– de la atención y servicio que se brinda.
- Para un nivel macro (redes de salud, direcciones departamentales o direcciones regionales y niveles nacionales):
  - Indicadores, principalmente cuantitativos.

### **\* Relación de estándares**

Trata de reflejar el máximo nivel de entendimiento intercultural en la relación del profesional o técnico de salud, las personas con saberes ancestrales (PSA) y usuarias, familia o comunidad en el marco de los derechos en salud. Considera las condiciones para la calidad técnica y humana de la atención en el marco del respeto cultural y derechos en salud, así como la satisfacción de la usuaria y pareja como estándar de referencia. Ver Cuadro N° 1.

Se desarrolla una pequeña ficha de cada estándar considerando su objetivo, el nivel de aplicación a evaluar, las formas de calcular su avance a efectos de establecer un umbral mínimo y la periodicidad con que debe monitorearse su cumplimiento.

Cada uno de los estándares es aplicable a un establecimiento o a un conjunto de establecimientos de salud (microred, red o cantones, direcciones regionales, departamentales o provinciales), y para cada

situación se proponen criterios de evaluación (como establecimiento de salud o conjunto de establecimientos).

Se considerará la pertinencia de su aplicación según el nivel de complejidad del establecimiento. El cumplimiento aislado de uno de ellos no refleja la pertinencia intercultural del servicio de salud materna; es necesario aplicar a un conjunto de establecimientos.

De los 23 estándares propuestos, sólo uno se propone para ser aplicado y evaluado solamente en hospitales e institutos especializados (las *oficinas interculturales*); los 22 restantes son aplicables a los centros y puestos de salud, y de éstos, 14 son aplicables también a los servicios de salud materna de los hospitales; es decir, sólo 8 son de aplicabilidad predominante en centros y puestos de salud.

Estos estándares pueden ser, a la vez, el resultado de una serie de actividades que deben ser evidenciadas mediante otras herramientas que permitan su monitoreo para la mejora oportuna de los procesos (la encuesta de satisfacción de la usuaria o lista de cotejos).

### \* Encuesta de satisfacción de la usuaria

La satisfacción de la usuaria y de su pareja o acompañante, es el estándar de referencia para evaluar la pertinencia intercultural y calidad del servicio. La insatisfacción en el marco de la diversidad cultural nos obliga a buscar y reflexionar sobre los desencuentros o brechas culturales que pueden causarla.

El cumplimiento de este estándar es lo que debe orientar un proceso de certificación de los recursos humanos y su servicio en el marco de la diversidad cultural.

En el mejor de los escenarios, la investigación cualitativa a cargo de profesionales de las ciencias sociales y que no pertenezcan al sector, sería la mejor herramienta para recoger estos datos. Dadas las limitaciones operativas del sector para realizar esta investigación cualitativa con la frecuencia, condiciones y calidad requeridas desde los niveles encargados de monitorear y supervisar la atención de salud,

se propone un instrumento estructurado de 12 preguntas con ponderación de respuestas. La suma de los puntajes puede contribuir a conocer este dato de satisfacción. Ver Anexo 3.

Algunos detalles de la atención se recogen en una encuesta semiestructurada que permitirá la asistencia técnica correspondiente que logre un estado de relación simétrica y de respeto a la cultura y derechos de las usuarias y su familia. Ver Anexo 2.

Las usuarias o parejas a quienes se aplicarán estos instrumentos serán seleccionadas por muestreo aleatorio entre el total de puérperas existentes en el periodo a evaluar. Se debe solicitar el consentimiento previo e informado a las personas a encuestar.

Para la elaboración de este instrumento se revisaron matrices o instrumentos enfocados a valorar respuestas relacionadas con las percepciones de los sujetos evaluados. Entre ellos: EQ 5D, Escala de Calidad de Vida (*ECV o Quality of Live Questionary*) y la Matriz Índice Rosser (*Rosser Index Matrix o RIM*), entre otros. El marco que considera el BIAS FREE (*Building an Integrative Analytical System For Recognizing and Eliminating InEquities*)<sup>47</sup> ayudó a tener en cuenta las posibilidades de interacción en una relación de diversidad cultural y de poderes.

Otros documentos como el de Vargas *La Atención del Personal de salud en situaciones interculturales: De la teoría a la práctica*, el de Ramírez-Sánchez *Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: perspectiva de los usuarios*, y el de Cordero, Luna y Vattuone *Salud de la mujer indígena: Intervenciones para reducir la mortalidad materna*, así como las demandas de atención y los desencuentros interculturales que constan en los numerosos documentos sobre la atención del parto generados en diversos países de Latinoamérica orientaron la amplia posibilidad de preguntas en la Encuesta de Satisfacción de la Usuaria.

---

47 Eichler M, Burke MA. The BIAS FREE Framework: A New Analytical Tool for Global Health Research. *Canadian Journal of Public Health* January–February 2006.

## \* La lista de cotejos

La traducción numérica de los avances aislados en la implementación de actividades, que permiten los estándares e indicadores, no son suficientes para evaluar la pertinencia intercultural de los servicios de salud. Es necesario evaluar el desarrollo colectivo de diversas acciones que, en conjunto, proporcionarán una idea del desarrollo de actitudes de respeto a la cultura de las usuarias. Esto lo posibilita la lista de cotejos, la cual está orientada a identificar aspectos relativos a:

- La interacción entre los proveedores del servicio, la usuaria, sus familiares y las personas con saberes ancestrales (PSA).
- La organización del servicio para brindar espacios de acercamiento intercultural.
- Las capacidades de los proveedores y las expectativas y satisfacción de las usuarias respecto al servicio brindado.

La lista de cotejo considera en total 43 actividades o acciones cuyo cumplimiento permitirá ponderar el nivel de pertinencia intercultural de los servicios de salud materna en el marco de los derechos. Se ha considerado algunos que complementan o son condiciones para lograr los estándares.

Abordan aspectos relacionados con una mejor interrelación entre el personal de salud, las PSA y las personas que demandan sus servicios, en una dinámica de inclusión participante y de respeto a los derechos, así como las propuestas técnicas desde la oferta que contribuyen, como etapa previa o buena disposición, a un acercamiento intercultural en los servicios de salud o reconocimiento del derecho a la atención sanitaria.

La lista de cotejos compila diversos aspectos relacionados con la organización del servicio, así como la participación comunitaria y el trabajo coordinado entre los representantes de la medicina académica y la medicina tradicional. No sólo se refieren a la atención del parto sino también a algunos derechos sexuales y reproductivos. Toma muchos elementos considerados en diversos documentos referidos

al tema, principalmente de la propuesta de los pilotos que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) desarrolla en Ayacucho y Ucayali (Perú), modificaciones a la propuesta de valoración del Centro Nacional de Salud Intercultural del Perú (CENSI), la *Guía de Valoración Intercultural y de Género para Establecimientos de Salud propuesta por Calidad en Salud* (USAID), los documentos sobre interculturalidad en salud, la normatividad en salud materna con enfoque intercultural de Bolivia, Ecuador y Perú, así como las propuestas de estándares e indicadores de los equipos técnicos y representantes de organizaciones indígenas, parteras y PSA de estos países. Ver Anexo 1.

Es importante la columna de observaciones porque servirá de guía para el monitoreo específico de la actividad, para sistematizar la información y brindar la asesoría técnica correspondiente al equipo supervisado y a otros equipos a ser evaluados.

La lista de cotejos es para aplicarla a nivel local (establecimiento de salud) y su objetivo es la mejora oportuna de los procesos. Será aplicada mediante muestreo según niveles de capacidad resolutive en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención. Es recomendable respetar la estructura del sistema de servicios, esto es, el conjunto de establecimientos de salud que conforman un ámbito (red de salud o dirección departamental o regional, por ejemplo) para hacer comparables los resultados con otro ámbito.

Se recomienda, tomando distancia de la inferencia que supone generalizar lo encontrado en una muestra, que cuando se observe que la mayoría de establecimientos de salud evaluados tengan mejor avance en la implementación de la pertinencia intercultural en los servicios de salud materna de un ámbito, se amplíe el número de establecimientos de salud a evaluar a fin de identificar aquellos en los que este proceso tenga menor aplicación, para que los responsables del ámbito puedan realizar el monitoreo y brindar el apoyo técnico correspondiente y extender el éxito del proceso.

## \* Indicadores

Darán idea de la extensión con que se implementan algunos aspectos encontrados en el nivel micro y los logros esperados en los diversos planes nacionales referidos a la salud materna y a la salud sexual y reproductiva<sup>48,49</sup>. Además de señalar la forma de cuantificar los estándares, cuantifican algunas actividades de la lista de cotejos y otros productos o resultados del nivel macro (nacional, regional o departamental). Ver Anexo 4.

Se han considerado indicadores cuantitativos que abordan los cuatro elementos del derecho a la salud propuestos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Parte de esos derechos son la *aceptabilidad* y *calidad* en sus dos componentes: el técnico y el humano. Para visualizar el cumplimiento de estos derechos en la población indígena u originaria a través de los indicadores, es necesario que el sistema de información, en sus diversos niveles, tenga incorporada la variable etnia/nacionalidad o pueblos indígenas.



48 Ministerio de Salud Pública Ecuador. Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013. Quito.

49 Ministerio de Salud Perú. Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015. Lima, 2008.

**CUADRO N° 1**

**ESTÁNDARES PARA SERVICIOS DE SALUD MATERNA CON PERTINENCIA INTERCULTURAL**

Estándar	Criterio (umbral) por establecimiento de salud (EESS)	Nivel de aplicación	Criterio por conjunto de EESS (Ej. Red): reúnen criterio requerido por EESS
Púérperas de pueblos originarios expresan satisfacción con atención del parto	>90% de púérperas de pueblos originarios satisfechas con la atención	Local, subnacional	>90% de EESS del ámbito cumplen criterio
Referencia y contrareferencia (“interconsulta”) entre profesional o técnico/a del EESS y las personas con saberes ancestrales (PSA), parteras y otros, funcionando	Nro equivalente a gestantes atendidas por parteras del ámbito del EESS	Local, subnacional	>80 % de EESS cumplen el criterio umbral
Partera atiende parto en EESS o domicilio en coordinación o conjuntamente con personal de salud	Atención coordinada de partos no complicados en gestantes de pueblos originarios	Local, subnacional	>80% de EESS ubicados en ámbito de pueblos originarios
EESS oferta y atiende el parto respetando costumbres de usuarias: “parto vertical”, “culturalmente adecuado”	100% de partos en gestantes de pueblos indígenas encuestadas	Local, subnacional, nacional	>90% de EESS del primer y segundo nivel de atención
Servicio de salud materna de EESS en comunidades indígenas atendido por profesional de la salud	Servicio de salud materna atendido por médico, obstetra o enfermera	Local, subnacional, nacional	>90 de servicios de salud materna en comunidades indígenas cumplen criterio
Personal del EESS habla idioma de los pueblos originarios de su ámbito	>25% del personal de servicio materno habla idioma de pueblo originario local	Local, subnacional	>80% de EESS cumple con el umbral



Estándar	Criterio (umbral) por establecimiento de salud (EESS)	Nivel de aplicación	Criterio por conjunto de eess (Ej. Red): reúnen criterio requerido por EESS
EESS cuenta con personal de pueblo indígena correspondiente	25% del personal de EESS corresponde al pueblo originario del ámbito que atiende	Local subnacional	>80% de EESS en comunidades indígenas del ámbito cumplen umbral
EESS realiza Diálogos Interculturales en Salud (DICS)	EESS realiza DICS por lo menos tres veces por año	Local, subnacional, nacional	>80% de EESS realizan DICS
EESS cuenta con personal de salud con capacitación en interculturalidad, género y derechos humanos	50% del personal de salud, entre ellos la persona responsable de salud materna	Local, subnacional, nacional	>80% de EESS del ámbito
Parteras y otras PSA reconocidas por su comunidad, capacitadas en signos de peligro del embarazo, parto, puerperio y neonato	100% de parteras y otras PSA reconocidas por comunidad, capacitadas	Local, subnacional	>80 % de EESS
Recursos humanos de salud motivados y preparados por partera en atención de parto y cuidados del recién nacido según cultura de usuarias	>50% personal de salud que atiende partos de pueblos originarios	Local, subnacional	>80% de EESS en comunidades de pueblos originarios
Ausencia de sanciones por partos no institucionales (monetarias, negación de certificados de nacimiento, o de otra índole), ni sanciones ni coacción a parteras que atienden partos	Cero sanciones por parto no institucional, ni sanciones ni coacción a parteras tradicionales	Local, subnacional, nacional	100% de EESS cumplen umbral
Evaluación social y cultural de muertes maternas (MM) y neonatales (MNN) con compromisos a cumplir	100% de MM y MNN evaluadas con comunidad y compromisos a cumplir	Local, subnacional	100% de EESS donde ocurrieron muertes maternas o muertes neonatales cumplen criterio



	Estándar	Criterio (umbral) por establecimiento de salud (EES)	Nivel de aplicación	Criterio por conjunto de eess (Ej. Red): reúnen criterio requerido por EES
14	EES cuenta con registro actualizado de PSA reconocidas y aprobadas por comunidad	Padrón actualizado de PSA aprobado por comunidad	Local, subnacional	90% de EES cuentan con padrón de PSA
15	Casa materna atendida por parteras reconocidas por la comunidad	Casa materna atendida por partera	Local, subnacional, nacional	>90% de casas maternas atendidas por partera
16	Facilitadores Interculturales en centros de salud	Por lo menos un facilitador intercultural por centro de salud	Local, subnacional, nacional	>90% de centros de salud
17	Servicios de Orientación y Atención Intercultural (SOAI) en hospitales e institutos especializados	SOAI funcionando en hospitales e institutos especializados	Subnacional, nacional	100% de hospitales e institutos especializados del ámbito
18	Aseguramiento en salud de población de pueblos originarios	>90% de población originaria con aseguramiento de salud público, y 100% de gestantes indígenas	Local, subnacional, nacional	>100% de EES
19	Primer control prenatal (CPN) de gestantes de pueblos originarios, en primer trimestre de embarazo	>75% de gestantes de pueblos originarios	Local, subnacional, nacional	>80% de EES
20	Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales (FONE) o Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) funcionando en ámbitos con población originaria	FONE o CONE implementado y funcionando según protocolo	Subnacional, nacional	100% de distritos considerados cumplen umbral
21	Control diario de binomio puérpera-recién nacido de pueblo originario durante los primeros 5 días post parto	>95% de binomio puérpera-recién nacido de pueblo originario	Local, subnacional	>80% de EES

	Estándar	Criterio (umbral) por establecimiento de salud (EESS)	Nivel de aplicación	Criterio por conjunto de eess (Ej. Red): reúnen criterio requerido por EESS
22	Atención de emergencias de gestación, parto y puerperio en indígenas o pueblos originarios atendidas, según protocolo	100% de emergencia en gestantes, púerperas y neonatos de pueblo originario	Local, subnacional	>80% de EESS
23	Investigación operativa, generación y análisis de datos con participación de pueblos indígenas sobre la salud de los pueblos originarios, interculturalidad y derechos	Realiza investigación en el último año	Local, subnacional	>30% de EESS

Celdas verdes: aplicable en hospitales e institutos especializados.

Celdas amarillas: no aplicables, o con muchas limitaciones, en hospitales e institutos especializados.

Nivel de aplicación local: EESS y primer nivel de agrupamiento de EESS en la estructura organizacional del sector salud.

Nivel de aplicación subnacional: redes de salud; dirección regional, departamental o provincial.



## FICHAS DE LOS ESTÁNDARES

### ESTÁNDAR 1: Puérperas de pueblos originarios expresan satisfacción con atención del parto

**Objetivo:** Lograr el mayor nivel de satisfacción y aceptación del servicio brindado durante la atención del embarazo y el parto.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje de puérperas satisfechas con la atención del parto y puerperio.

**Número de puérperas encuestadas que manifiestan sentirse satisfechas por la atención brindada durante su gestación, parto y puerperio x 100 / Total de puérperas encuestadas**

Para medir el grado de satisfacción, se aplicará la encuesta correspondiente (Anexo 3). Se considerará que la usuaria está satisfecha si la suma del puntaje es de 34 a 36, o si la suma del puntaje es de 31 a 33 y ha contestado “Muy conforme o muy satisfecha con la atención” a la pregunta 10 de la encuesta.

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Encuesta, informe de supervisor.

Denominador: Informe del supervisor.

**Método de obtención del dato:** Encuesta a puérperas de pueblos originarios seleccionadas por método aleatorio, teniendo en cuenta niveles de accesibilidad. Aplicada por personal que no pertenece al EESS y en lo posible perteneciente a un ámbito distinto al que se evalúa. Tener en cuenta el uso del idioma para la comunicación fluida.

También se aplicará la encuesta “Satisfacción de usuaria o familia con el servicio de salud materna” (Anexo 2) para rescatar aquellos datos de la interacción proveedor-usuaria a fin de realizar las intervenciones correspondientes de manera oportuna para la mejora continua de la calidad.

**Umbral:** Más del 90% de gestantes de pueblos originarios satisfechas con atención.

Para un conjunto de EESS (red, dirección regional o departamental): >90% de EESS del ámbito considerado cumplen el criterio.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Trimestral.

**ESTÁNDAR 2: Referencia y contrareferencia (“interconsulta”) entre profesional o técnico/a del EESS y personas con saberes ancestrales (PSA) -parteras y otros-, funcionando**

**Objetivo:** Establecer un trabajo coordinado y respetuoso entre proveedores que ofertan el servicio en el ámbito, para mejorar la captación y seguimiento de usuarias y mejorar la articulación de los sistemas de salud.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje de gestantes y puérperas que tienen ficha de referencia y contrareferencia.

**Número de gestantes y puérperas referidas y contrareferidas entre proveedores de la medicina académica y la medicina tradicional x 100 / Total de gestantes atendidas en EESS.**

El sistema debe elaborar e implementar instrumentos que permitan el registro de este trabajo coordinado. En las últimas décadas, se han desarrollado experiencias locales y subnacionales de uso de formatos de referencia y contrareferencia con recursos de la comunidad.

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Fichas de referencia y contrareferencia de gestantes y puérperas.

Denominador: Registro de salud materna.

**Método de obtención del dato:** Revisión de fuentes de datos. Del registro de gestantes totales atendidas por el EESS, se consideran para el numerador aquellas fichas que tengan referencia y contrareferencia, independientemente de quién inició el proceso. Las fichas pueden ser usadas también para obtener por separado el indicador de cuántas gestantes fueron referidas desde la parteras al EESS y cuántas fueron referidas desde el EESS a la partera.

**Umbral:** Número equivalente a gestantes atendidas por parteras del ámbito del EESS.

Para un conjunto de EESS: el 80% de los EESS del ámbito a evaluar cumple con el umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Mensual y acumulativo.



### ESTÁNDAR 3: Partera reconocida por comunidad atiende parto en EESS o domicilio en coordinación o conjuntamente con personal de salud

**Objetivo:** Operativizar en un contexto de diversidad cultural, en el marco de respeto a la cultura de la gestante, y de coordinación entre los proveedores de los sistemas de salud, la atención del parto con pertinencia intercultural.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico, es decir, se verifica o no la aplicación del estándar. No se puede establecer una meta, pero para medir el evento se propone el porcentaje de partos atendidos por partera u otra persona con saberes ancestrales (PSA) reconocida por la comunidad, conjuntamente con personal de salud.

**Número de partos atendidos por la partera u otra PSA reconocida por la comunidad conjuntamente con personal de salud x 100 / Total de partos registrados por el personal de salud y las parteras u otras PSA en el período a evaluar**

Este indicador supone una estrecha coordinación entre el personal de salud, las parteras y la gestante y familia, para el rol de cada quien durante la atención. El respeto a la decisión de la gestante y la familia debe agotar los mecanismos de comunicación adecuados sobre los riesgos. Idealmente los EESS deben haber implementado un servicio de atención coordinada y conjunta. Sin embargo, las realidades de las poblaciones dispersas, inaccesibles y en contexto de diversidad cultural, necesitan soluciones pertinentes al contexto. Al margen de este numerador, seguirá dándose una práctica ancestral en un contexto de lógicas intraculturales que no debemos violentar y que deben ser motivo de diálogo para buscar la articulación de esfuerzos.

#### **Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Registro de EESS.

Denominador: Los partos registrados en el ámbito, tanto por el EESS como por las parteras y PSA.

**Método de obtención del dato:** El dato debe recoger los eventos que suceden mensualmente en el ámbito y el registro de los mismos debe ser coordinado y complementado con los registros de los proveedores de ambos sistemas de salud.

**Umbral:** Verificar según demanda.

Para un conjunto de EESS: el 80% de los EESS del ámbito a evaluar cumple con el umbral de atenciones conjuntas y coordinadas. No incluye las que por decisión de gestantes son atendidas sin intervención del personal de salud.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Mensual y acumulativo.

**ESTÁNDAR 4: EESS oferta y atiende el parto respetando costumbres de usuarias: “parto vertical”, “culturalmente adecuado”**

**Objetivo:** Implementar la norma de atención de parto culturalmente adecuado y realizar los correctivos con pertinencia intercultural y en el marco de los derechos.

**Nivel de aplicación:** Local, subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje de puérperas encuestadas que refieren haber sido atendidas con parto culturalmente adecuado.

**Número de puérperas indígenas atendidas con parto “culturalmente adecuado” x 100 / Total de puérperas indígenas**

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Encuesta Satisfacción de usuaria o familia con el servicio de salud materna (Anexo 2) y Encuesta de satisfacción de la puérpera por la atención de parto (Anexo 3).

Denominador: Informe de supervisor.

**Método de obtención del dato:** Muestra aleatoria a la que se aplica las encuestas.

**Umbral:** 100% de mujeres indígenas encuestadas, refieren haber sido atendidas con parto culturalmente adecuado.

Para un conjunto de EESS: >90% de EESS del primer y segundo nivel de atención cumplen con el umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Trimestral.



### ESTÁNDAR 5: Servicio de salud materna de EESS en comunidades indígenas atendido por profesional de la salud

**Objetivo:** Que las gestantes y neonatos tengan acceso a una atención por personal profesional de la salud, lo que contribuye a decisiones e intervenciones oportunas y de mayor calidad técnica.

**Nivel de aplicación:** Local, subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico: sí o no.

**Para caso de un conjunto de EESS:** porcentaje de servicios de salud materna que cumplen con criterio  $\times 100$  / Total de EESS ubicados en comunidades indígenas

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Responsable de recursos humanos (RRHH) de EESS y Dirección de Salud Materna o del nivel inmediato superior.

Denominador: Oficina de Estadística e Informática.

**Método de obtención del dato:** Revisión de base de datos.

**Umbral:** Servicio de salud materna de EESS en comunidades indígenas es atendido por profesional de la salud (médico, obstetra, enfermera).

Para un conjunto de EESS: >90% de EESS en comunidades indígenas.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Trimestral.



**ESTÁNDAR 6: Personal del EESS de salud habla idioma de los pueblos originarios de su ámbito**

**Objetivo:** Contribuir a un mejor entendimiento y confianza en la interacción entre usuarias y proveedores.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Proporción del personal de salud que habla idioma del pueblo originario del ámbito.

**Número de personal de salud que habla idioma de los pueblos originarios del ámbito del EESS x 100/ Total del personal que labora en el EESS**

De existir más de un pueblo originario en el ámbito, se tomará de referencia el predominante. Lo ideal es que exista personal para cada idioma del pueblo originario.

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Responsable de RRHH del EESS o del nivel inmediato superior.

Denominador: Jefatura del EESS o Dirección de RRHH del nivel inmediato superior.

**Método de obtención del dato:** Por entrevista a responsables y datos de RRHH del ámbito.

**Umbral:** >25% del personal del servicio habla idioma de pueblo originario local.

Para un conjunto de EESS: >80% cumple con lo mínimo establecido por el establecimiento.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Trimestral.



## ESTÁNDAR 7: EESS cuenta con personal de pueblo indígena correspondiente

**Objetivo:** Contribuir a un mejor entendimiento y acercamiento intercultural en la oferta de servicios de salud y facilitar la pertinencia intercultural.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Proporción del personal de salud que pertenece al pueblo originario (misma etnia) del ámbito.

**Número de personal de salud que habla idioma de los pueblos originarios del ámbito del EESS x 100 / Total del personal que labora en el EESS**

Entiéndase “pueblo originario” como familia lingüística, no como localidad. La Meta 9 del Llamado a la Acción de Toronto Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas 2006 – 2015, contempla que el 30% del personal de salud de atención primaria se reclute en sus propias comunidades<sup>50</sup>. Los concursos para acceder a trabajar en EESS que atienden a población originaria deben incluir en su perfil exigible, mecanismos de evaluación que valoren este mérito o cualidad.

### Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Responsable de RRHH del EESS o del nivel inmediato superior.

Denominador: Jefatura del EESS o Dirección de RRHH del nivel inmediato superior.

**Método de obtención del dato:** Por entrevista a responsables y datos de RRHH del ámbito.

**Umbral:** >25% de personal del EESS corresponde al pueblo originario del ámbito que atiende.

Para el conjunto de EESS: >80% de EESS cumplen este criterio.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Trimestral.



50 OPS. *Llamado a la Acción de Toronto. Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas 2006-2015*. Ver <http://www.observarh.org/fulltext/desafiostoronto.pdf>. Acceso 21.12.2011.

### ESTÁNDAR 8: EESS promueve y realiza Diálogos Interculturales en Salud (DICS)

**Objetivo:** Posibilitar la pertinencia intercultural del servicio, mediante una inclusión participante de la comunidad usuaria de los servicios en el diseño, planificación y control social.

**Nivel de aplicación:** Local, subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico: realiza o no DICS.

#### **EESS promueve y realiza DICS por lo menos dos o tres veces al año**

Los DICS son una metodología para la inclusión participante de las comunidades beneficiarias de los servicios de salud, en el diseño, implementación y control social de los mismos. Los DICS permiten promover el respeto a las culturas y disminuir los desencuentros interculturales; también ayudan a acordar formas de articulación de los sistemas de salud, mediante compromisos cuyo cumplimiento debe ser sujeto del control social de los y las participantes en los diálogos. El nivel de cumplimiento de los acuerdos es parte de la lista de cotejos que se propone más abajo. En los DICS deben participar como mínimo el equipo de salud local, las autoridades comunales, las PSA (parteras, curanderos, etc.) y los líderes y lideresas de la comunidad. La participación de mujeres organizadas es clave por ser las principales usuarias de los servicios de salud materna, y también dado el papel que asumen en el cuidado de su salud y la de su familia.

#### **Fuentes de obtención de datos:**

Acta de reunión y compromisos.

**Método de obtención del dato:** Durante la visita de supervisión que realiza la instancia técnica administrativa inmediatamente superior al EESS. Se revisarán las actas y se entrevistará a autoridades comunales.

**Umbral:** EESS promueve y realiza DICS por lo menos tres veces al año.

Para un conjunto de EESS: >80% de EESS cumplen con umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Semestral.



## ESTÁNDAR 9: EESS cuenta con personal de salud con capacitación en interculturalidad, género y derechos humanos

**Objetivo:** Contribuir a una mejor gestión y atención técnica y humana en el nivel de resolución correspondiente, con una mejor relación intercultural en el marco de los derechos.

**Nivel de aplicación:** Local, subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje de personal de salud del EESS capacitado en interculturalidad, género y derechos humanos.

**Número de trabajadores de salud capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos x 100 / Total del personal que labora en el EESS**

La Meta 7 del Llamado a la Acción de Toronto Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas 2006 – 2015, contempla que al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria tengan competencias de salud pública e interculturales comprobables. El numerador incluye egresados de cursos de post-grado referentes al tema (diplomados, maestrías, doctorados, cursos de capacitación con un número de horas superior a 24 horas dedicados a estos temas). También incluye la especialidad de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), los post grados de salud pública, los estudios para técnicos en salud con mención en interculturalidad, y los estudios de medicina tradicional o ancestral.

### Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Datos de la Dirección de RRHH del EESS o del nivel técnico administrativo inmediatamente superior.

Denominador: Jefe del EESS o responsable de RRHH del EESS.

**Método de obtención del dato:** Revisión de base de datos de RRHH correspondiente y visita al EESS.

**Umbral:** Por lo menos el 50% del personal de salud, entre ellos el responsable de salud materna, capacitado.

Para un conjunto de EESS: >80% de EESS del ámbito cumple el criterio umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Anual.

**ESTÁNDAR 10: Parteras y otras PSA reconocidas por su comunidad, capacitadas en signos de peligro del embarazo, parto, puerperio y neonato**

**Objetivo:** Reconocer el valor de estas personas conocedoras de saberes ancestrales y la confianza que sus comunidades tienen en ellas. Reconocer que, sin renunciar a sus conocimientos y tradiciones, juegan un rol de suma importancia en la prestación de servicios de salud tanto en el ámbito rural como urbano, en la comunidad como en los EESS, para abordar las prioridades de salud materna y neonatal.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje de parteras y PSA reconocidas por la comunidad, capacitadas.

**Número de parteras y otras PSA reconocidas por sus comunidades, capacitadas en signos de peligro en embarazo, parto, puerperio y neonato x 100 / Total de parteras y otras PSA reconocidas por sus comunidades**

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Informes de capacitación.

Denominador: Registros de parteras y PSA del EESS que se construyen con las actas enviadas por las comunidades.

**Método de obtención del dato:** Revisión de actas para confirmar el número de personas reconocidas y su participación en los eventos. Deben ser parteras y PSA reconocidas por su comunidad mediante documento correspondiente generado en la comunidad y dirigido al EESS para su conocimiento y fines. En esta identificación y reconocimiento los prestadores de salud no deben participar, salvo para informar de la necesidad de contar con dicho documento. Es un proceso que se debe realizar mediante los mecanismos propios de cada cultura y en coordinación con sus organizaciones respectivas.

**Umbral:** 100% de parteras y PSA reconocidas por comunidad, capacitadas.

Para un conjunto de EESS: >80% de EESS del ámbito cumplen con criterio umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Trimestral.



## ESTÁNDAR 11: Recursos humanos de salud motivados y preparados por partera en atención de parto y cuidados del recién nacido según cultura de usuarias

**Objetivo:** Que el personal de salud profesional o técnico adquiera conocimientos de fuente primaria sobre las formas ancestrales de atender a la gestante, su parto y puerperio, y al recién nacido, propias de los pueblos y las culturas a las que atiende. Permitirá valorar la cultura y saberes de las comunidades que el EESS atiende. Además permite una mayor y mejor interrelación entre los proveedores de los sistemas de salud y las personas con saberes ancestrales (PSA). Se parte del criterio de aprendizaje académico: “aprender de aquellos que más conocen, los especialistas”.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje de personal de salud, sensibilizado por partera o PSA.

**Número de personal del EESS que atiende partos de pueblos indígenas u originarios x 100 / Total de personal de salud de dicho establecimiento**

Esta sensibilización o capacitación implica además de las conversaciones sobre la teoría y cosmovisión en que se realizan las prácticas ancestrales, participar en un mínimo de partos atendidos conjuntamente con la partera (10% de lo histórico en su ámbito). Esta sensibilización debe ser parte de un programa de adiestramiento propuesto y monitoreado por la dirección de RRHH del nivel de red o de dirección regional, departamental o provincial, y acordado con las parteras organizadas del ámbito en cuestión.

### **Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Data de dirección de RRHH en coordinación con la organización de parteras del ámbito.

Denominador: Jefe de EESS o dirección de RRHH de su instancia técnico-administrativa inmediatamente superior.

**Método de obtención del dato:** Revisión de fuente y visitas de supervisión.

**Umbral:** >50% del personal de salud atiende partos de pueblos originarios.

Para un conjunto de EESS: >80% de EESS en comunidades de pueblos originarios.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Semestral.

## ESTÁNDAR 12: Ausencia de sanciones por partos no institucionales, ni sanciones ni coacción a parteras por atender partos

**Objetivo:** Anular o eliminar fórmulas coercitivas y de sometimiento cultural desde el sistema dominante para imponer intervenciones sin el debido consentimiento y respeto a la cultura de las usuarias. Estas fórmulas coercitivas comprenden, entre otras, la imposición de multas o sanciones por partos domiciliarios (negación de certificados de nacimiento, negación del acceso a programas sociales, imposición de multas monetarias) y denuncias o prohibiciones de parto domiciliario o de atención por parteras. En lugar de estrategias sancionadoras, deben emplearse estrategias de acercamiento cultural, principalmente en lugares donde el Estado no brinda las garantías de un servicio de calidad técnica y humana, y en donde existen saberes ancestrales que contribuyen a la salud de sus poblaciones.

**Nivel de aplicación:** Local, subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico: existen o no existen sanciones o coacción.

### **Número de denuncias desde las organizaciones o comunidades de multas o sanciones que atentan contra la cultura de las usuarias**

Para el numerador es fundamental el control social desde las comunidades usuarias. En el caso de salud materna se puede considerar las prohibiciones de que las parteras atiendan partos; multas económicas o sanciones a la madre; obstaculizar su acceso a programas sociales; o negarle el certificado de nacimiento de su bebé, entre otras. En caso de complicaciones obstétricas o muerte (ya sea a manos de profesionales de la salud como de parteras u otras PSA), la investigación y el proceso de justicia corresponden a otro nivel.

### **Fuentes de obtención de datos:**

Organizaciones indígenas y comunidades.

**Método de obtención del dato:** Recepción de denuncias en visitas de supervisión o mediante mecanismos de control social continuo a través de las organizaciones indígenas hacia las instancias de salud.

**Umbral:** Cero sanciones por parto no institucional, ni sanciones ni coacción a parteras tradicionales.

Para un conjunto de EESS: ningún establecimiento del ámbito impone sanciones ni métodos coercitivos para el logro de sus metas. El 100% cumple el umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Mensual.



### ESTÁNDAR 13: Evaluación social y cultural de muertes maternas (MM) y neonatales (MNN) con compromisos a cumplir

**Objetivo:** Entender los elementos sociales y culturales que subyacen a una muerte materna o neonatal para proponer compromisos para superarlos. Significa trascender lo biomédico y revitalizar la inclusión participante en la solución de los problemas y mejorar la calidad del servicio de salud.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje de muertes maternas y neonatales a las que se realiza una evaluación sociocultural.

**Número de MM y MNN que suceden en el ámbito a las que se realiza una evaluación socio cultural x 100 / Total de MM y MNN registradas en el ámbito**

La evaluación sociocultural será realizada por un equipo en el que participan los y las representantes y líderes comunales, el equipo del EESS y, en lo posible, representantes de la instancia técnica-administrativa inmediatamente superior.

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Informe y actas de compromisos de la evaluación.

Denominador: Reporte mensual del servicio de salud materna de los EESS hacia la Red.

**Método de obtención del dato:** Revisión de reportes y visitas de supervisión.

**Umbral:** 100% de MNN y MM evaluadas con comunidad y compromisos a cumplir.

100% de EESS donde ocurrieron muertes maternas o muertes neonatales cumplen con el criterio.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Mensual y acumulativo.



**ESTÁNDAR 14: EESS cuenta con registro actualizado de PSA reconocidas y aprobadas por comunidad**

**Objetivo:** Conocer las personas referentes reconocidas por la comunidad para la articulación de conocimientos y prácticas de los sistemas de salud. Contar con un registro actualizado permite proyectar, entre otras, propuestas de organización, capacitaciones bidireccionales e interculturales y proyectos que revitalicen su cultura y saberes.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico: existe registro actualizado en el EESS o no.

**EESS cuenta con registro actualizado de parteras y otras PSA reconocidas, aprobado por la comunidad**

La obtención del dato es un procedimiento que lo explica y solicita el personal de salud a las autoridades comunales. Este no interviene en los procesos de identificación, reconocimiento y aprobación de las parteras y PSA, por parte de la comunidad en coordinación con sus organizaciones indígenas.

**Fuentes de obtención de datos:**

Actas firmadas por las autoridades y miembros de las comunidades.

**Método de obtención del dato:** Deben ser parteras y PSA reconocidas por su comunidad mediante documento correspondiente generado en la comunidad y dirigido al EESS para su conocimiento y fines. En esta identificación y reconocimiento, los prestadores de salud no deben participar, salvo informando de la necesidad de contar con dicho documento. Es un proceso que se debe realizar mediante los mecanismos propios de cada cultura. De existir algún cambio, exclusión o inclusión, el mecanismo será el mismo. En el caso que en el ámbito de un EESS no hubiera parteras u otras PSA reconocidas por la comunidad, es necesario disponer de actas de las comunidades en que se afirma la inexistencia de dichas personas.

**Umbral:** EESS tiene registro actualizado de parteras y otras PSA.

Para un conjunto de EESS: >90% de EESS cuentan con padrón de parteras y PSA.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Anual.



## ESTÁNDAR 15: Casa materna atendida por parteras reconocidas por la comunidad

**Objetivo:** Incrementar la proporción de parto institucional atendido por profesionales de la salud.

**Nivel de aplicación:** Local, subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico: sí o no.

### **La casa materna existente está atendida por partera reconocida por la comunidad**

Supone un proceso de coordinación con las parteras reconocidas organizadas para seleccionar las que harían esta tarea, su turno, rotaciones, acordar sus funciones y alcances y demás. Esta coordinación es parte de la gestión local de la casa materna que involucra una mayor participación y control social.

### **Fuentes de obtención de datos:**

La persona responsable de salud materna del EESS genera el dato hacia la Dirección de Salud Materna del nivel superior para su monitoreo.

**Método de obtención del dato:** Informe del EESS a su nivel técnico administrativo superior. Visita de supervisión.

**Umbral:** Casa materna o lugar de alojamiento atendido por partera.

Para un conjunto de EESS: >90% de casas maternas atendidas por parteras.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Trimestral.



### ESTÁNDAR 16: Facilitadores Interculturales en centros de salud

**Objetivo:** Contar con un personal de salud, preferentemente indígena, que realice las funciones de puente intercultural en la atención a poblaciones indígenas, posibilitando una mejor información de las medidas diagnósticas y terapéuticas para su aceptación y cumplimiento; su rol también consiste en informar al personal de salud de la cultura, creencias, costumbres, temores, necesidades y demás incertidumbres de las usuarias indígenas y sus familias. Por ello, al seleccionar a este/a profesional, es de suma importancia procurar que pertenezca al pueblo indígena del ámbito.

**Nivel de aplicación:** Nacional, subnacional y local.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico: cuenta o no cuenta con facilitador intercultural.

#### **El centro de salud cuenta con al menos un/a facilitador/a intercultural**

Es necesario articular una política de formación o capacitación para el personal que realizará el rol de facilitador intercultural.

#### **Fuentes de obtención de datos:**

Dirección de RRHH en coordinación con la Dirección de Salud de Pueblos Indígenas.

**Método de obtención del dato:** Datos de la Dirección de RRHH.

**Umbral:** Por lo menos un/a facilitador/a intercultural por centro de salud.

Para un conjunto de EESS: >90% de centros de salud del ámbito tienen al menos un/a facilitador/a intercultural.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Semestral.



## ESTÁNDAR 17: Servicios de Orientación y Atención Intercultural (SOAI) en hospitales e institutos especializados

**Objetivo:** Brindar a hombres y mujeres indígenas y originarios, desde los hospitales e institutos especializados, la orientación y apoyo necesarios para recibir atención sanitaria oportuna y para gestionar posibles problemas relacionados con su estancia en la ciudad, lejos de su ambiente y cotidianidad. Además los SOAI servirán de ejes para la implementación de intervenciones a favor de las usuarias de pueblos originarios (información, acceso a programas sociales, etc.).

**Nivel de aplicación:** Subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico: funcionan o no funcionan los SOAI.

### **Hospitales e institutos especializados disponen de Servicios de Orientación y Atención Intercultural**

Su implementación demanda una decisión política a nivel institucional y del titular del sector, para la asignación presupuestal correspondiente.

### **Fuentes de obtención de datos:**

Dirección de hospitales e institutos especializados.

**Método de obtención del dato:** Informe de las instituciones y visita.

**Umbral:** Cada hospital e instituto especializado debe contar con SOAI funcionando. 100% de hospitales e institutos especializados del ámbito cumplen criterio.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Semestral.



### ESTÁNDAR 18: Aseguramiento en salud de la población de pueblos originarios

**Objetivo:** Favorecer el acceso de las poblaciones indígenas de escasos recursos que por motivos económicos ven limitado su derecho a la atención en el sistema de salud biomédico.

**Nivel de aplicación:** Local, subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje de población indígena u originaria con aseguramiento público.

**Número de población indígena u originaria con aseguramiento público x 100 / Total de población indígena u originaria del ámbito.**

Como aseguramiento público consideramos el sistema de aseguramiento de Ministerio de Salud y el de la Seguridad Social.

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: responsable de aseguramiento del EESS; sistema de aseguramiento público subnacional.

Denominador: Censos locales de comunidades de pueblos originarios o indígenas. Datos de la Dirección de Estadística de la instancia subnacional de salud, triangulada con los registros de las organizaciones indígenas.

**Método de obtención del dato:** Revisión de fuentes de datos.

**Umbral:** >90% de población indígena del ámbito del EESS con aseguramiento de salud público; y 100% de las gestantes indígenas. Para un conjunto de EESS: 100% de EESS del ámbito cumplen con el umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Trimestral y acumulativo.



## ESTÁNDAR 19: Primer control prenatal (CPN) de gestantes de pueblos originarios, en primer trimestre de embarazo

**Objetivo:** El contacto temprano de la gestante con los servicios de salud, hace posible ofrecer diagnósticos de patologías; mejor información y más oportuna; mejor relación para promover un parto institucional y para la comprensión -por parte de profesionales o técnicos de la salud- de las percepciones culturales de la usuaria. Todo ello permite catalizar la coordinación con los familiares de la usuaria y la partera, y ofertar un parto en el marco del respeto de su cultura. También propicia una mejor articulación entre los sistemas de salud.

**Nivel de aplicación:** Local, subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje de gestantes indígenas con primer CPN en primer trimestre de gestación.

**Número de gestantes indígenas o de pueblo originario captadas antes de las 14 semanas de embarazo x 100 / Total de gestantes indígenas programadas para el ámbito.**

El numerador debe incluir aquellas gestantes que identifiquen las parteras en este período de embarazo. Supone una mejor coordinación entre los profesionales y técnicos de los EESS, y las parteras y otras PSA para la identificación temprana de las gestantes. Las parteras reconocidas por la comunidad organizada y los EESS pueden analizar y consensuar las informaciones generadas conjuntamente. Supone también revalorizar y reconocer la labor que realizan las parteras y las PSA en la identificación de gestantes. Esta labor debe ser reconocida en los sistemas nacionales de información y compensada y estimulada por el sistema local o subnacional de salud. La identificación y captación de gestantes debe ser registrada como trabajo de estas personas, para lo que deben ser capacitadas en los signos de peligro y en los trabajos de coordinación para referir a la gestante al EESS para posteriormente consensuar el plan de parto y la atención en el marco del respeto cultural.

### **Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Registro de los servicios de salud materna e informes mensuales a su nivel superior. Además debe incorporar las captaciones realizadas por las parteras u otras PSA.

Denominador: Servicio de salud materna del EESS.

**Método de obtención del dato:** Revisión de fuentes. Sumar gestantes captadas por el EESS y por parteras u otras PSA.

**Umbral:** > 75% de gestantes captadas en el primer trimestre de embarazo.

Para un conjunto de EESS: >80% de EESS cumple con el umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Mensual y acumulativo.

**ESTÁNDAR 20: Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales (FONE) o Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) funcionando en ámbitos con población originaria**

**Objetivo:** Contribuir a la solución de complicaciones obstétricas y neonatales en población originaria, como derecho a recibir una atención con calidad técnica y a acceder a tecnologías que salvan vidas en caso de parto distócico o complicado, retención de placenta, aborto incompleto, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia severa, sepsis, desgarros tipo II o IV, o complicaciones del recién nacido. Con ello se evitarían muertes maternas y neonatales.

**Nivel de aplicación:** Subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico: ámbito con población originaria dispone de FONE o CONE implementado y funcionando según protocolo, o no. En primera instancia, se debe identificar cuáles de los FONE o CONE programados están ubicados en ámbitos con comunidades indígenas. Luego evaluar si funcionan o no los CONE o FONE.

**Número de FONE o CONE funcionando en ámbitos con comunidades indígenas x 100 / Total de FONE o CONE programados en ámbitos con población indígena**

Para el numerador se debe chequear su implementación con recursos humanos, insumos, equipos y medicamentos según protocolo.

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Dirección de Salud Materna y Dirección de Infraestructura.

Denominador: Dirección de Estadística e Informática y Dirección de Salud Materna.

**Método de obtención del dato:** Informe de la Dirección de Salud Materna.

**Umbral:** 100% de FONE o CONE programados en dichos ámbitos funcionando según protocolo.

Para el ámbito subnacional (Dirección regional, departamental o provincial): 100%.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Trimestral.



## ESTÁNDAR 21: Control diario del binomio puérpera – recién nacido indígenas y durante los primeros 5 días post parto

**Objetivo:** Asegurar el control de las puérperas y recién nacidos indígenas o de pueblo originario por personal capacitado e incrementar las posibilidades de detectar signos de alarma para intervenciones oportunas que contribuyan a disminuir la mortalidad materna y neonatal en poblaciones indígenas. Este beneficio puede ser extensivo para las puérperas y recién nacidos no indígenas.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Porcentaje del binomio puérpera - recién nacido que reúne la condición del estándar.

**Porcentaje del binomio puérperas y recién nacido indígenas con control diario por personal capacitado durante los primeros 5 días de vida x 100 / Total de recién nacidos vivos indígenas del ámbito**

El numerador requiere de parteras y PSA o promotores de la comunidad capacitados en el control del puerperio y detección de signos de alarma. El pertenecer al pueblo originario permite una mejor interacción con la pareja y su familia, además de conocer y comprender los aspectos culturales alrededor del evento. El control en comunidad de la puérpera y del recién nacido requiere de un sistema de referencia y contrareferencia entre el personal de salud y las PSA de la comunidad. Debe activarse un sistema de formatos para estos fines. El sistema de información debe reconocer el trabajo realizado por personal comunitario y requiere de una estrecha coordinación entre los sistemas de salud.

### Fuentes de obtención de datos:

Numerador: Registro de los servicios de salud materna y neonatal e informes mensuales a su nivel superior. Además, debe incorporar las captaciones realizadas por las parteras u otras PSA.

Denominador: Servicio de salud materna y neonatal del EESS.

**Método de obtención del dato:** Revisión de fuentes. Sumar datos del EESS y de parteras u otras PSA.

**Umbral:** >95% del binomio puérpera – recién nacido de pueblo indígena u originario.

Para un conjunto de EESS: >80% de EESS cumplen umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Mensual y acumulativo.

**ESTÁNDAR 22: Atención de emergencias de gestación, parto y puerperio en indígenas o pueblos originarios atendidas, según protocolo**

**Objetivo:** Evidenciar la calidad técnica y capacidad resolutive de los diversos niveles de la red de servicios de salud para abordar las emergencias en gestantes y puérperas indígenas. Traduce calidad técnica y subyace calidad humana.

**Nivel de aplicación:** Local, subnacional y nacional.

**Cálculo del indicador:**

**Número de emergencias de gestación, parto y puerperio y recién nacidos en indígenas, atendidas por nivel de resolución, según protocolo x 100 / Total de emergencias diagnosticadas en gestantes y puérperas indígenas y recién nacidos**

En el primer nivel de atención es muy probable que se evalúe su capacidad de identificación de la emergencia, medidas de intervención básicas, coordinaciones y transferencia oportuna. En EESS de mayor resolución, se evalúa según sus funciones determinadas en el protocolo. Las intervenciones en mujeres indígenas suponen brindar la información adecuada y obtener el consentimiento. Una mejor coordinación con la familia, las parteras y otras PSA facilita la toma de decisiones informadas.

**Fuentes de obtención de datos:**

Numerador: Registro de los servicios de salud materna e informes mensuales a su nivel superior, e historia clínica.

Denominador: Servicio de salud materna del EESS.

**Método de obtención del dato:** Revisión de fuentes. Identificadas las emergencias en usuarias indígenas o de pueblos originarios, debe revisarse la aplicación de los protocolos correspondientes según niveles de atención.

**Umbral:** 100% de gestantes, puérperas y neonatos indígenas o de pueblo originario.

Para un conjunto de EESS: >80% de EESS cumplen umbral.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Mensual y acumulativo.



## ESTÁNDAR 23: Investigación operativa, generación y análisis de datos con participación de pueblos indígenas sobre la salud de los pueblos originarios, interculturalidad y derechos

**Objetivo:** Generar información que contribuya a innovar y mejorar procesos para mejorar la salud de los pueblos indígenas y originarios, en el marco de la interculturalidad y del derecho a la salud, fortaleciendo las organizaciones y empoderando a las comunidades usuarias.

**Nivel de aplicación:** Local y subnacional.

**Cálculo del indicador:** Dicotómico: realiza o no investigación.

### **EESS realiza investigación operativa y con participación de organizaciones de pueblos indígenas u originarios en la generación y análisis de datos**

Estos trabajos deben estar referidos a los procesos que se vienen generando con la implementación de la interculturalidad en los servicios: estudios etnográficos, de medicina tradicional, sistematización de experiencias, testimonios, derechos en salud de los pueblos indígenas, o ensayos debidamente documentados sobre la salud de estos pueblos. Incluye los trabajos que realizan sobre estos tópicos los y las profesionales recién egresados y los y las profesionales de pregrado, y los trabajos generados por miembros de las comunidades y organizaciones indígenas y en que participa el personal del EESS. De tratarse de proyectos nacionales, debe participar el personal del EESS y miembros de las comunidades u organizaciones indígenas como investigadores y no sólo como sujetos pasivos de la investigación.

### **Fuentes de obtención de datos:**

Informes de investigaciones.

**Método de obtención del dato:** Verificar evidencia.

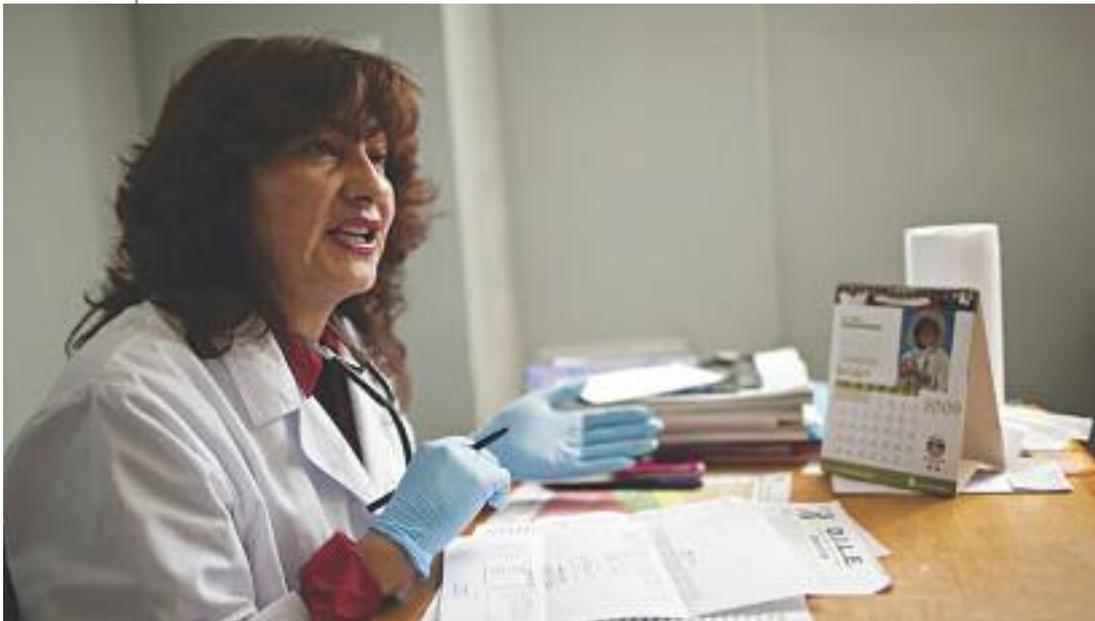
**Umbral:** Por lo menos una investigación en curso o terminada en el último año.

Para un conjunto de EESS: >30% de EESS.

**Periodicidad con que se evalúa e informa:** Semestral.

# PROPUESTA DE CRITERIOS PARA VALORAR LA PERTINENCIA INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA

A efectos de monitorear los avances desde una óptica de mejora continua, se propone una serie de pautas para valorar el avance o no hacia la mejora de la pertinencia intercultural de los servicios de salud materna. Como en todo proceso social, su valoración puede variar según las perspectivas de los actores sociales involucrados y los contextos en que se desarrollan los procesos.



AVANCE SIGNIFICATIVO Y SATISFACTORIO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PERTINENCIA INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA		
Instrumento de evaluación	Nivel de aplicación	Número mínimo de estándares o actividades aplicados
<b>Estándares</b>	Centros y puestos de salud	12, incluida la satisfacción de usuaria
	Hospitales	8, incluida la satisfacción de usuaria
<b>Lista de cotejos</b>	Centros y puestos de salud	20, más satisfacción de usuaria

Debe buscarse la correspondencia de estos avances con indicadores “macro” y, de ser así, la sistematización y reforzamiento de prácticas y estrategias implementadas.

Por debajo de estas puntuaciones, tanto en estándares como en lista de cotejos, hay aún un avance moderado o hasta insuficiente si no se llegara a aplicar ni la cuarta parte de los ítems a evaluar. En ambos casos se hace necesario un mayor monitoreo y asistencia técnica a los equipos de salud para sensibilizar y planificar, establecer plazos para levantar observaciones, capacitaciones en servicio, capacitaciones por redes, departamentos o provincias, o cantones, reuniones con PSA, autoridades y lideresas y líderes comunales para explicar más ampliamente el proceso y lograr compromisos.

### \* La encuesta de satisfacción de la puérpera por la atención recibida

Cada respuesta tiene una ponderación y hay una suma total de puntajes. Se considerará que la usuaria está satisfecha con la atención recibida, cuando la suma del puntaje sea de 34 a 36, o cuando responda “Muy conforme o muy satisfecha” a la pregunta número 10 de la encuesta, y la suma del puntaje sea de 31 a 33.

## \* Reconocimientos y estímulos

La construcción del proceso debe ser motivo de reconocimiento a los equipos de salud y a las comunidades y organizaciones que participan en el mismo, a fin de motivarlos y alentar el espíritu de superación y la creatividad necesarios para impulsar procesos interculturales:

- Reconocimiento público, individual y colectivo a los equipos y comunidades en asambleas o a través de sus lideresas y líderes, fortaleciendo el compromiso entre institución y comunidades.
- Reuniones conjuntas o diálogos interculturales entre proveedores y comunidad o usuarias para seguir mejorando el proceso e incidir en el ejercicio de su derecho a la inclusión participante en la organización de los servicios.
- Posibles “vitriñas” para ser visitadas por otros EESS.
- Motivar a los equipos de salud, comunidades y PSA a exponer sus experiencias en eventos sobre la temática.
- Como conjunto de EESS (red de salud, por ejemplo) los niveles subregionales correspondientes pueden proponer niveles mínimos de avances para una certificación al personal o una acreditación al servicio; esta última obliga a mantener o superar las calificaciones.



# ANEXOS

## ANEXO 1 - LISTA DE COTEJOS DE SERVICIOS DE SALUD MATERNA CON PERTINENCIA INTERCULTURAL

	Acciones / intervenciones	Verificación	✓/0	Observación
1	Partera reconocida por comunidad apoya en los CPN en el EESS (y en casa materna).	Usuaría / Historia clínica		
2	Jefe de EESS o profesionales visitan en casa a partera o PSA para aprender o coordinar atenciones (por lo menos dos tipos diferentes de PSA).	PSA, parteras		
3	EESS facilita y realiza reuniones o talleres con parteras y otras PSA (mínimo cada dos meses).	Informe de reunión o de campaña de promoción		
4	Farmacias "integrales" en EESS: ofertan medicamentos biomédicos y productos de la medicina tradicional según lista aprobada por autoridad sanitaria del ámbito.	In situ, relación de productos aprobados		
5	Más del 80% de gestantes que usan casa materna son de comunidades de difícil acceso geográfico (>2 hr).	Registro, usuaria		
6	EESS, en acuerdo con comunidades, implementa formas de alojamiento para gestantes alternativas a la casa materna.	Verificar in situ		

	Acciones / intervenciones	Verificación	✓/O	Observación
7	100% de usuarias de casas maternas se alojan por decisión propia y sin fuga.	Registro en casa materna, usuarias		
8	Asegurada la sostenibilidad de casas de espera (gestión local u otros mecanismos) y proyectada a 1 año mínimo.	Documento de acuerdo, convenio e infraestructura		
9	Plan de parto trabajado e implementado con vecinos, autoridades o líderes comunales (además de partera o promotor).	Líderes, autoridades		
10	EESS realiza sesiones para gestantes con testimonios sobre atención con pertinencia intercultural.	Gestantes participantes, actas		
11	Se cumple con más del 80% de los compromisos generados en los diálogos interculturales en salud que se realizan como mínimo 3 veces por año.	Acta o libro de reuniones, acuerdos		
12	EESS informa y promociona en asambleas comunales, reuniones con autoridades, medios masivos u otros, los derechos de los pueblos indígenas (mínimo cada 3 meses).	Acta de asamblea o reunión, usuarios		
13	Personal de EESS organiza o integra defensorías de salud o similares (sobre derechos de usuarias/os).	Informe de reunión		
14	Comités de prevención contra la mortalidad materna funcionando y reuniéndose (mensual, bimensualmente) con EESS para evaluar acciones.	Documento o acta de acuerdos		
15	Equipo de salud corrige por lo menos el 80% de insatisfacciones de la usuaria indígena (según encuesta).	Cotejar según encuesta		
16	EESS evalúa avances de metas del plan anual con líderes y lideresas, y autoridades de las comunidades y locales.	Acta de reunión, líderes		
17	Reunión del personal de EESS para analizar avances en la incorporación de la pertinencia intercultural (trimestralmente).	Acta, informe		



	Acciones / intervenciones	Verificación	✓/O	Obsevación
18	EESS incorpora pertenencia étnica en los registros de diverso servicios (registros de admisión, triaje y consultorios incluyen dato étnico).	Registros, hojas de filiación y atención SIS, informe		
19	EESS proporciona información diferenciada por etnia a su nivel superior sobre salud materna y salud sexual y reproductiva (mortalidad materna, mortalidad perinatal, infecciones de transmisión sexual, control prenatal, anticoncepción).	Informe		
20	EESS lleva registro actualizado de atenciones de parteras y de otras PSA.	Registro, parteras, PSA		
21	EESS elabora y difunde información estadística con pertinencia intercultural (infografías u otros). Sala situacional con pertinencia intercultural.	Foto, visita in situ		
22	EESS elabora y difunde material de información gráfico, fonográfico, video con pertinencia intercultural (idioma originario, gráficos de la zona, recoge saberes) sobre salud materna, cáncer cérvico-uterino, anticoncepción y síndromes culturales.	Verificar material		
23	Registro actualizado de recursos de medicina tradicional (plantas y otros recursos medicinales) y recursos nutricionales.	Registro		
24	Registro actualizado de síndromes, creencias, costumbres del pueblo indígena que atiende el EESS.	Registro		
25	Personal del EESS prescribe preparados de plantas medicinales y anota en historia clínica. Registra en la historia clínica información etnomédica proporcionada por la usuaria, sobre el motivo de consulta.	Historia clínica, usuaria		
26	Coteja en historia clínica costumbres en salud materna y neonatal, y salud sexual y reproductiva, y su correspondiente diálogo, acuerdo e intervención.	Historia clínica, lista de cotejo de costumbres		

	Acciones / intervenciones	Verificación	✓/O	Observación
27	Reuniones del personal para socializar los síndromes, creencias, costumbres del pueblo indígena (trimestrales).	Acta, registro, informe		
28	Difusión del uso de las propiedades medicinales de los recursos naturales: material de información o educativo audiovisual (gráfico, video, fonográfico).	Acta, material de difusión		
29	EESS mantiene jardín o área demostrativa con plantas medicinales.	Informe, foto, PSA, usuaria/o		
30	Implementa y coteja detalles de la cultura en el plan de parto para la atención del parto y puerperio (alimentación, destino de placenta, amarrados, frotaciones, etc.).	Lista de cotejo del plan de parto		
31	Cuenta con RRHH femenino para atención del parto.	Verificar in situ		
32	Pruebas rápidas de VIH y sífilis en gestantes indígenas.	Registros		
33	Confirmación de pruebas rápidas para VIH y sífilis en gestantes indígenas.	Registros		
34	Cobertura de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes indígenas (>80%).	Reporte mensual		
35	Cobertura de toma de PAP en mujeres indígenas (>80% de mujeres indígenas programadas).	Reporte mensual		
36	Horarios de atención responden a la dinámica y necesidades de la población.	Verificar con usuarias/os		
37	Señalización de EESS o ambientes con pertinencia intercultural (idioma, gráficos, equipamiento, etc.).	In situ, foto		
38	Prioriza visita de oferta móvil o equipo de EESS a comunidades nativas de difícil acceso geográfico o baja extensión de uso.	Informe, autoridades comunales		



	Acciones / intervenciones	Verificación	✓/O	Observación
39	Elabora y difunde material informativo (gráfico, fonográfico, video con pertinencia cultural con idioma y gráficos apropiados a la zona) sobre derechos en salud de los pueblos indígenas.	Verificar material, beneficiarios		
40	Personal capacitado en emergencias obstétricas y neonatales.	Dirección de capacitación		
41	EESS cuenta con medio de transporte y combustible asegurados para la transferencia de emergencias.	Verificar in situ		
42	EESS equipado según capacidad resolutive: oxitócicos, expansores de volumen sanguíneo, equipos de venoclisis, tensiómetro, detector de latidos fetales, etc.	Ver in situ stock de farmacia y equipos según nivel		
43	EESS cuenta con presupuesto específico para proyectos de salud materna con enfoque intercultural.	Institución que financia		

## ANEXO 2 - FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIA O FAMILIA CON EL SERVICIO DE SALUD MATERNA

Estamos haciendo unas preguntas para saber su opinión sobre la atención que ha recibido durante su parto. Es muy importante que responda sin temor y con la verdad, cómo usted se ha sentido. Nadie sabrá lo que usted nos cuente (la encuesta es anónima), y sus respuestas, junto a las de otras mujeres, servirán para mejorar la atención brindada. Puede optar por no responder a este cuestionario si así lo desea. Gracias.

ENCUESTA A GESTANTE - PUÉRPERA		
EESS: _____	DIRESA/RED: _____	
Parto: <input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Domiciliario	<input type="checkbox"/> en casa de partera
Atendido por: <input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Obstetriz	<input type="checkbox"/> Enfermera
<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Partera	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Localidad donde vive: _____		
Fecha del parto: _____		
Edad: _____ Grado de instrucción: _____		
¿Tiene Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		
Idiomas que habla (primero el que más domina): _____		
Por sus creencias o costumbres, ¿se considera pertenecer a un pueblo indígena u originario? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		
En caso afirmativo, ¿a qué pueblo pertenece? _____		
<b>1. ¿Le hablaron en idioma originario o en un idioma que usted entendía muy bien?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		
<b>2. ¿Se sintió a gusto o cómoda con la persona que le atendió en los controles prenatales?</b>		
<input type="checkbox"/> Incómoda y desconfiada <input type="checkbox"/> Algo incómoda o avergonzada <input type="checkbox"/> Cómoda		
<input type="checkbox"/> Muy cómoda y en confianza		
¿Por qué? _____		



**3. ¿Le explicaron sobre los signos de peligro durante el embarazo?**

- No  Sí, pero no entendí  Sí, pero no me acuerdo  
 Sí y menciona 3 (sangrado, hinchazón, fiebre, pérdida de líquido, el bebé no se mueve, señales de presión alta como zumbido de oídos o ver estrellitas)

**4. ¿Cree usted que durante los controles le examinaron como debía ser o no le examinaron bien?**

- No me examinaron  Rápido nomás y sin interés  Bien y con interés  
 Muy bien y me explicaban

**5. ¿Le preguntaron sobre lo que usted creía que eran sus malestares?**

- No me preguntaron  Sí me preguntaron pero no dijeron nada  
 Me preguntaron y se interesaron

**6. ¿Le llamaron la atención por algo que usted dijo o hizo sobre sus creencias o costumbres?  
¿Se sintió maltratada?**

- Me enojaron o burlaron  No dieron importancia  
 Se interesaron y me preguntaban

**7. ¿Le explicaron bien hasta entender sobre su estado de salud o del bebé, o sobre los análisis?**

- No me explicaron  Me explicaron pero no entendí o entendí poco  
 Me explicaron y entendí bien

**8. ¿Entendió bien las indicaciones del tratamiento que le dieron?**

- No me explicaron  Me explicaron pero no entendí o entendí poco  
 Me explicaron y entendí bien

**9. Para su plan de parto ¿le preguntaron sobre sus costumbres en el parto, trabajo de su partera en el parto, la persona que le atendería, sus comidas después del parto, el corte del cordón, salida de placenta, cuidado del recién nacido?**

- No sabía del Plan  Me explicaron pero no entendí para qué se hacía  
 Me preguntaron pero no sé si anotaba y para qué anotaba  
 Me preguntaron y querían saber por qué hacía eso y en el parto lo aplicaron

**10. ¿Le dejaron preguntar y preguntó todo lo que usted quería saber?**

- No me dejaron preguntar       Tenía miedo de preguntar       Pregunté pero poco nomás  
 Pregunté bastante y me contestaban

**11. ¿Siente que le solucionaron su problema como usted esperaba?**

- Me sentí peor       No hubo cambios       Mejoró poco  
 Me solucionaron       No tenía malestares

**12. ¿Cuántos controles de su embarazo tuvo?**

- 0       1       2       3       4       5  
 6       7 ó más

**13. ¿Quién le controló?**

- Técnico       Enfermera       Obstetriz  
 Médico       Partera

**14. Durante su embarazo ¿le indicaron y dieron pastillas de sulfato ferroso para anemia?**

- No me dieron las pastillas       Tomé menos de 1 mes       1 mes  
 2 meses       3 meses

**15. ¿Dónde quería tener su parto?**

- En domicilio       En casa de partera       En EESS  
 En domicilio o en EESS, igual era

**¿Por qué?** (multas, vergüenza, distancia, confianza, es mejor, otro)

---

**16. Durante su parto, ¿en la sala de partos estuvo su partera, esposo, suegra u otro familiar?**

- No dejaron entrar a nadie       Dejaron entrar sólo al esposo  
 Dejaron entrar sólo a la partera       Estuvo mi esposo (u otro familiar) y la partera

**17. ¿Qué hacía la partera durante su parto?**

- Miraba y me daba ánimo a solas  Apoyaba en lo que le decía el profesional  
 Atendió en la salida del bebé y de la placenta  Atendió todo el parto  
 Me hablaba, ayudaba y trabajaba junto con el profesional

**18. Cuando estaba ya en el trabajo de parto:**

- ¿Le daban o le dejaban tomar sus mates?  NO  Sí  
¿Le dejaban que la partera o familiares le sobaran su barriga, si es su costumbre?  NO  Sí  
¿Le dejaban amarrarse u otra costumbre de su familia?  NO  Sí  
¿Le dejaban que su partera o esposo le ayudaran?  NO  Sí

**19. ¿Por quién quería ser atendida en su parto?**

- Sola o con familiares  Con partera  Con partera y con personal de salud  
 Con personal de salud que fuera mujer  Con cualquier personal de salud

¿Por qué? (sabe, confianza, otro)

---

**20. ¿Le atendieron varones o mujeres durante su parto?**

- Sólo varones  Varón y mujeres ayudando  Mujer, pero varones ayudando  
 Mujeres nomás

**21. ¿Quién prefería usted que le atendiera?**

- Varón  Mujer  Da igual

**22. ¿Le hicieron corte (episiotomía)?**

NO  Sí

Si le hicieron, ¿le avisaron por qué? ¿Cómo se sintió? \_\_\_\_\_

---

- No le avisaron, no quería y dolió mucho  Le avisaron, no quería y dolió  
 Le avisaron, estuvo de acuerdo y dolió  Le avisaron, estuvo de acuerdo y no dolió

**23. ¿Le explicaban cómo avanzaba su parto cuando le examinaban con los dedos?**

- No me explicaban     Me explicaban pero no entendía     Me explicaban y entendía  
 Me explicaban, entendía y me aconsejaban

**24. ¿En qué posición tuvo su parto?**

- Acostada     Rodillas     Cuclillas  
 Sentada     Otra posición

**25. ¿En qué posición quería tener su parto?**

- Acostada     Rodillas     Cuclillas  
 Sentada     Otra posición

**26. ¿Cuándo ya nació su hijo/a, ¿le dejaron hacer sus costumbres?**

- Corte de cordón     Expulsión de placenta     Qué hacer con placenta  
 Alimentos     Amarrados     Baño y cuidados del recién nacido

**27. Sobre la entrega del certificado de nacimiento de su hija /o:**

- Me han dicho que no me darán por: \_\_\_\_\_  
 Me dieron después de pagar  
 Aún no he ido a pedir  
 Ya me dieron

**28. Uso de casa materna:**

- No usó     Usó, pero obligada por el establecimiento de salud  
 Usó y se fugó     Usó, pero obligada por familiar     Usó por decisión propia



29. ¿Qué es lo que más le gustó de la casa materna? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30. ¿Qué es lo que menos le gustó de la casa materna? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. ¿Le han realizado algún cobro por la atención de su embarazo o por su parto?

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno  | <input type="checkbox"/> Multa        | <input type="checkbox"/> Alimentos                 |
| <input type="checkbox"/> Análisis   | <input type="checkbox"/> Atención     | <input type="checkbox"/> Medicamentos              |
| <input type="checkbox"/> Internamiento  | <input type="checkbox"/> Casa materna | <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Traslado (combustibles, ambulancia, bote, motorista, chofer) |                                       |  |

32. ¿Qué es lo que más le ha agradado de la atención que recibió durante el parto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

33. ¿Qué es lo que menos le ha agradado de la atención que recibió durante el parto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO 3 - ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA USUARIA POR LA ATENCIÓN DE PARTO

- Parto:  Institucional  Domiciliario  En casa de partera
- Atendido por:  Médico  Obstetriz  Enfermera
- Técnico  Partera  Otro: \_\_\_\_\_

TESTIMONIO	PUNTAJE			
	0	1	2	3
<p><b>1. Cuando estaba con los dolores del parto y durante el parto, ¿usted entendía bien lo que le decían las personas que le atendían?</b></p> <p>0- No, porque hablaban en idioma que no entiendo y con palabras difíciles</p> <p>1- Poco, porque hablaban con palabras difíciles y no me explicaban bien</p> <p>2- Sí entendía; me traducían otro personal o mi familiar o partera, aunque algunas palabras eran difíciles</p> <p>3- Sí entendía porque hablaban el idioma que yo entiendo y con palabras muy fáciles que me explicaban</p>				
<p><b>2. ¿Sabía o conocía, porque le explicaron, de su plan de parto?</b></p> <p>0- No me explicaron</p> <p>1- Me explicaron pero no entendí</p> <p>2- Entendí pero no lo cumplieron</p> <p>3- Entendí y lo cumplieron</p>				
<p><b>3. ¿Se sintió cómoda o incómoda con las personas que estaban durante su parto?</b></p> <p>0- Me sentí muy incómoda, con mucha vergüenza</p> <p>1- Incómoda y con vergüenza</p> <p>2- Poco incómoda</p> <p>3- Indiferente o me sentí muy cómoda</p>				
<p><b>4. ¿Sintió que no le prestaban mucha atención a lo que usted decía?</b></p> <p>0- No me escuchaban</p> <p>1- Escuchaban sin interés o se burlaban</p> <p>2- Me prestaban atención y a veces me respondían</p> <p>3- Con mucho interés me escuchaban y me respondían</p>				
<p><b>5. Durante el parto, ¿sintió que le obligaron a hacer algo que usted no quería?</b></p> <p>0- Varias cosas que no quería y no me gustaron y por eso reclamé o me escapé</p> <p>1- Varias cosas; reclamé pero tuve que hacerlas aunque no quería</p> <p>2- Pocas cosas, y me daba cuenta que era para bien</p> <p>3- No, todo estuvo bien.</p>				
<p><b>6. ¿Sintió que la apuraban o le llamaban la atención durante los dolores o su trabajo de parto?</b></p> <p>0- Me gritaban, me decían cosas feas y me asustaban</p> <p>1- Me gritaban para que me calle y me asustaban</p> <p>2- No me gritaban y me aconsejaban cómo hacer</p> <p>3- Me aconsejaban y dejaban que la partera, el esposo u otro familiar me apoyara</p>				



TESTIMONIO	PUNTAJE			
<p><b>7. ¿Le dejaron hacer según sus costumbres para el dolor, para ayudar, para cortar el cordón o expulsar la placenta?</b></p> <p>0- No dejaron 1- Dejaron poco 2- No hubo problema, dejaron 3- Conversaron, me dejaron, conocían y aplicaban</p>	0	1	2	3
<p><b>8. ¿Le preguntaron en qué posición deseaba tener su parto?</b></p> <p>0- No me preguntaron y me dijeron que mejor acostadas 1- No me preguntaron pero di a luz en vertical 2- Me preguntaron pero al final di a luz en otra posición 3- Me preguntaron y di a luz en la posición que yo quería</p>	0	1	2	3
<p><b>9. ¿Tuvo su parto en la posición que usted quería?</b></p> <p>0- No, y sentí que se demoraba o dolía más, o se complicó 1- Sí, pero se demoraba y complicó un poco 2- No, pero todo salió bien 3- Sí y todo salió bien</p>	0	1	2	3
<p><b>10. ¿Se siente conforme o satisfecha con la forma como le atendieron?</b></p> <p>0- Inconforme, insatisfecha 1- Poco satisfecha 2- Más o menos, o satisfacción moderada o conforme 3- Muy conforme o muy satisfecha con la atención</p> <p>¿Por qué?: _____</p>	0	1	2	3
<p><b>11. ¿Recomendaría a otras personas el establecimiento de salud donde se atendió?</b></p> <p>0- De ninguna manera, para nada 1- Con muchas dudas 2- Con pocas dudas 3- Sí, con mucha seguridad y confianza</p> <p>¿Por qué?: _____</p>	0	1	2	3
<p><b>12. ¿Regresaría para consultas al establecimiento de salud o con la persona que le atendió?</b></p> <p>0- No regresaría por nada, ni obligada 1- Regresaría, aunque con desconfianza 2- Regresaría con alguna condición 3- Con seguridad regresaría</p> <p>¿Por qué?: _____</p>	0	1	2	3

Satisfacción: Suma de puntaje de **34 a 36**; o respuesta "Muy conforme o muy satisfecha" en la pregunta 10 y suma de puntaje de 31 a 33.

Suma del puntaje: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Ficha aplicada por (nombre apellidos y firma): \_\_\_\_\_

## ANEXO 4 - INDICADORES

- **Indicadores de estructura**

Atributo	Indicador	Fórmula	Nivel de aplicación	Periodicidad
Disponibilidad	Profesionales por población indígena.	Número de profesionales (según médico, obstetras) en establecimiento de salud (EESS) de comunidades nativas / Total de población indígena del ámbito.	Local o subnacional (red, región, departamento, provincia)	Semestral
Accesibilidad geográfica	Población indígena con acceso geográfico a Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales o Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (FONE o CONE).	Gestantes indígenas a menos de 3 horas de un FONE o CONE x 100 / Total de gestantes indígenas.	Local	Anual
Disponibilidad	Parteras tradicionales reconocidas por comunidad para la atención del parto institucional.	Número de parteras tradicionales reconocidas por la comunidad para atención del parto institucional / Total de población gestante programada del ámbito de la institución.	Local, subnacional (red, región, departamento, provincia)	Semestral
Accesibilidad económica	Población indígena asegurada.	Población indígena con seguro de salud x 100 / Total de población indígena.	Local, subnacional, nacional	Semestral



- **Indicadores de proceso**

Atributo	Indicador	Fórmula	Nivel de aplicación	Periodicidad
Calidad humana	Porcentaje de EESS con avance significativo en la pertinencia intercultural de los servicios de salud materna (lista de cotejos y estándares).	$\frac{\text{Número de EESS con avance significativo en la pertinencia intercultural de los servicios de salud materna (según estándares y lista de cotejos)} \times 100}{\text{Total de EESS evaluados}}$	Local, subnacional	Trimestral
Cobertura	Porcentaje de EESS con mecanismos efectivos de alojamiento para gestantes y sus familiares (casa materna u otro).	$\frac{\text{Número de EESS con profesional que tienen casas maternas u otro mecanismo de alojamiento para gestantes}}{\text{Total de EESS con profesional de salud (médico, obst)}} \times 100$	Local, subnacional	Semestral
Cobertura	Control prenatal (CPN) de gestantes indígenas por profesionales.	$\frac{\text{Número de gestantes indígenas >28 semanas de gestación con CPN realizado por profesional}}{\text{Total de gestantes indígenas con CPN}} \times 100$	Local, subnacional	Mensual
Cobertura	Porcentaje de EESS con ambiente para la atención del parto vertical.	$\frac{\text{Número de EESS con ambiente para atención del parto vertical}}{\text{Total de EESS}} \times 100$	Subnacional	Semestral
Cobertura	EESS de comunidades indígenas con medios de comunicación y transporte para emergencias.	$\frac{\text{Número de EESS en comunidades indígenas con medios de comunicación y transporte operativo para traslado de emergencia}}{\text{Total de EESS en comunidades indígenas}} \times 100$	Subnacional	Trimestral
Cobertura	Atención prenatal realizada por parteras.	$\frac{\text{Número de gestantes atendidas por parteras reconocidas por la comunidad}}{\text{Total de gestantes programadas}} \times 100$	Local, subnacional	Mensual

Atributo	Indicador	Fórmula	Nivel de aplicación	Periodicidad
Calidad técnica	Manejo clínico adecuado de complicaciones obstétricas en usuarias indígenas.	Complicaciones obstétricas en usuarias indígenas manejadas de acuerdo a protocolo x 100 / Total de complicaciones obstétricas en usuarias indígenas.	Subnacional.	Mensual.
Calidad técnica	Manejo clínico adecuado de complicaciones neonatales en recién nacidos indígenas.	Complicaciones neonatales en recién nacidos indígenas manejadas de acuerdo a protocolo x 100 / Total de complicaciones neonatales en recién nacidos indígenas.	Subnacional.	Mensual.
Aceptabilidad Calidad técnica	Proporción de gestantes indígenas con examen de anemia.	Número de gestantes indígenas con examen de sangre para anemia x 100 / Total de gestantes indígenas.	Local, subnacional, nacional.	Mensual.
Aceptabilidad	Proporción de gestantes indígenas que cumplen la administración de sulfato ferroso (por muestreo).	Gestantes indígenas que cumplen con la administración de sulfato ferroso según protocolo x 100 / Total de gestantes entrevistadas.	Subnacional.	Trimestral.
Cobertura Aceptabilidad	Proporción de gestantes indígenas con análisis para sífilis.	Número de gestantes indígenas analizadas para sífilis x 100 / Total de gestantes indígenas con CPN.	Local, subnacional, nacional.	Mensual.
Calidad técnica	Proporción de gestantes indígenas con tratamiento para sífilis.	Número de gestantes indígenas con tratamiento para sífilis x 100 / Total de gestantes indígenas con análisis positivo para sífilis.	Local, subnacional, nacional.	Mensual.
Calidad técnica Aceptabilidad	Proporción de gestantes indígenas a las que se ha realizado voluntariamente y con consentimiento informado, el test de VIH.	Número de gestantes indígenas a las que se ha realizado el test de VIH / Total de gestantes indígenas con CPN.	Local, subnacional, nacional.	Mensual.
Ext. de Uso Aceptabilidad	Proporción de mujeres indígenas mayores de 30 años con PAP.	Número de mujeres indígenas mayores de 30 años con PAP x 100 / Total de mujeres indígenas mayores de 30 años.	Local, subnacional, nacional.	Mensual.
Cobertura Aceptabilidad	Proporción de mujeres indígenas vacunadas contra VPH.	Número de mujeres indígenas de 10 a 12 años de edad vacunadas contra VPH x 100 / Total de población de mujeres indígenas de 10 a 12 años.	Local, subnacional, nacional.	Semestral.

## • Indicadores de resultado e impacto

Atributo	Indicador	Fórmula	Nivel de aplicación	Periodicidad
Efectividad	Partos de mujeres indígenas atendidos por profesional de la salud (médico, obstetra, enfermero).	$\text{Número de partos de mujeres indígenas atendidos por profesional de la salud} \times 100 / \text{Total de partos de mujeres indígenas.}$	Local, subnacional, nacional	Mensual
Efectividad	Porcentaje de partos atendidos por partera/o capacitada/o.	$\text{Partos atendidos por partera/o capacitada/o} \times 100 / \text{Total de partos registrados en el ámbito.}$	Local, subnacional, nacional	Mensual
Efectividad	Proporción de partos institucionales en gestantes indígenas.	$\text{Partos institucionales en gestantes indígenas} \times 100 / \text{Total de gestantes indígenas con CPN en EESS.}$	Local, subnacional, nacional	Mensual
Efectividad	Razón comparada de muertes maternas en mujeres indígenas.	$\text{Porcentaje de muertes maternas en mujeres indígenas entre gestantes y puérperas indígenas} / \text{Porcentaje de muertes maternas en mujeres no indígenas entre gestantes y puérperas no indígenas.}$	Local, subnacional, nacional	Semestral
Efectividad	Razón comparada de muertes maternas atendidas por parteras.	$\text{Porcentaje de gestantes muertas en parto o puerperio atendidas por parteras} / \text{Porcentaje de gestantes muertas en parto o puerperio atendidas por personal de salud.}$	Local, subnacional, nacional	Trimestral
Impacto	Muertes maternas según pertenencia étnica.	$\text{Muertes de mujeres indígenas en gestación, parto o puerperio} \times 100.000 / \text{Total de recién nacidos vivos de madre indígena.}$	Local, subnacional, nacional	Anual
Impacto	Muertes neonatales según pertenencia étnica.	$\text{Muertes de menores de 28 días indígenas o de pueblos originarios} \times 1.000 / \text{Total de recién nacidos vivos de madre indígena o de pueblo originario.}$	Local, subnacional, nacional	Anual

## ANEXO 5 - ALGUNAS EXPERIENCIAS DE ACERCAMIENTO INTERCULTURAL

### • Facilitadores interculturales bilingües

“Los facilitadores interculturales son personas indígenas bilingües, procedentes de cualquier pueblo existente en el país, quienes permiten reducir los desencuentros interculturales y lingüísticos; brindan soporte a la relación equipo de salud - paciente; desarrollan actividades de capacitación y sensibilización del equipo de salud en materia de interculturalidad, problemática de la población urbana y rural indígena; facilitan el aprendizaje de idiomas indígenas; gestionan soluciones a los reclamos, demandas y necesidades de los pacientes; recolectan, procesan, analizan y transmiten la información obtenida de los pacientes atendidos; e informan, difunden y promueven la existencia del servicio y las actividades desarrolladas. El facilitador intercultural es puente entre la comunidad indígena y el equipo de salud, conductor de procesos que faciliten el cambio del modelo de atención en salud, acompaña el trabajo de la red asistencial, y fortalece la identidad y la organización de las comunidades y pueblos indígenas. A través de ellos se tiene la oportunidad de hacer un aporte desde el pensar y sentir de nuestras comunidades y pueblos indígenas, con un objetivo común, que es mejorar la atención de salud, así como la validación y respeto de su sistema médico tradicional”.<sup>51</sup>

Algunos ejemplos de la experiencia de facilitadores interculturales son las llevadas a cabo en Temuco y Galvarino (Chile) con el pueblo mapuche<sup>52</sup>, y en el Hospital de Maracaibo (Venezuela) con el pueblo wayuu.<sup>53</sup>

### • Servicios de orientación y atención intercultural

Los servicios de orientación y atención intercultural (SOAI) están organizados alrededor de las funciones de los facilitadores interculturales bilingües, con el objetivo de brindar el mejor servicio de captación, orientación y atención de los y las usuarios/as indígenas.<sup>54</sup> Se prestan estos servicios en hospitales –rurales o urbanos– y/o institutos especializados que por su nivel de resolución, atienden a población de diversas partes del país y, por lo tanto, de gran diversidad cultural. La complejidad de los hospitales e institutos especializados, tanto en su organización como en su funcionamiento, puede suponer para hombres y mujeres indígenas un elemento de desorientación. Los SAOI contribuyen a mejorar la calidad de atención brindada a la

51 Ministerio del Poder Popular para la Salud Venezuela. Facilitadores Interculturales: Más que traductores un nuevo modelo de atención en salud. <http://saludindigena.wordpress.com/2009/03/09/facilitadores-interculturales-mas-que-traductores-un-nuevo-modelo-de-atencion-en-salud/>

52 Aguirre V. La figura del facilitador intercultural mapuche ¿hacia una verdadera interculturalidad en salud? Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile. 2006

53 Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela Dirección de Salud Indígena. <http://saludindigena.wordpress.com/tag/saoi/>

54 UNFPA Perú. Implementación de servicios de salud con pertinencia intercultural para ciudadanas y ciudadanos indígenas. 2010.

población indígena. En Venezuela ocho Estados cuentan en sus más importantes hospitales con 122 facilitadores interculturales ubicados en 23 oficinas.

## • Diálogos interculturales en salud

Los diálogos interculturales en salud (DICS) son procesos para avanzar en la mejora de la pertinencia intercultural de los servicios de salud, en el marco del ejercicio de los derechos de respeto cultural y participación ciudadana en el diseño, cogestión y evaluación de los servicios.

Los DICS promueven el acercamiento y la articulación entre los recursos de las medicinas tradicionales, los proveedores de servicios del sistema oficial y las usuarias y usuarios de los recursos preventivos y terapéuticos de ambos sistemas de salud. La finalidad es mejorar la calidad del servicio y la situación de salud de la población, principalmente la indígena.

Los DICS consisten en reuniones periódicas, y se basan en el empoderamiento y el ejercicio de la ciudadanía en salud, para posibilitar el cumplimiento de lo pactado en consenso. Los compromisos son aptitudes de respeto a la propuesta desde ambas partes y deben ser cumplidos en coparticipación. La finalidad de los DICS es contribuir a que:

- el personal de los EESS acepte la diferencia de culturas, sin jerarquizarlas; que acepte y reconozca la existencia y vigencia de las PSA, y respete los recursos terapéuticos y preventivos de las medicinas tradicionales existentes en su ámbito;
- las PSA acepten las limitaciones de las medicinas tradicionales y la necesidad de otras prácticas de prevención y terapéuticas en el marco del derecho a la salud;
- tanto el personal de los EESS y las PSA establezcan acuerdos para trabajar coordinadamente la demanda y solución de la atención de salud, llegando a establecer, según la necesidad, flujos de referencia y contrareferencia de usuarios de cada sistema de salud;
- los y las usuarios/as de servicios tengan mejor información y conocimiento de sus derechos y de las ventajas y limitaciones de cada sistema, para poder ejercer su derecho a seleccionar el sistema terapéutico y preventivo que deseen;
- los EESS logren mejorar su imagen institucional, disminuyendo los conflictos con las y los usuarias/os y mejorando su aceptación, lo cual a su vez contribuye a mejorar los indicadores de salud.

En Perú, el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) y el UNFPA vienen desarrollando y apoyando experiencias de DICS. UNFPA está sistematizando las experiencias desarrolladas en los ámbitos andino y amazónico del Perú<sup>55</sup>.



El presente documento es producto de un esfuerzo regional conjunto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); los ministerios de salud de Bolivia, Ecuador y Perú; Enlace Continental de Mujeres Indígenas-Región Sudamérica; y Family Care International (FCI) que se realiza en el marco de la iniciativa Mujer Indígena: Salud y Derechos del Fondo de Cooperación para América Latina y el Caribe, UNFPA/AECID.

